سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري

Sociologie de la santé Dans la société Algérienne

إعداد وإشراف:

أ.د. نادية سعيد عيشور

تقديم:

أ.د. عصام طوالبي

مدير كرسي اليونسكو الأمير عبد القادر لحقوق الإنسان وثقافة السلام –جامعة الجزائر 1

بمشاركة :

أ.د.الأزهر العقبي
أ.د. شبحة بداك
أ.د.نادية عيشور
د. عوارم مهدي
د.جمال بن خالد
د.الصالح بوعزة
د.سلمى شيحي
د. حنان تومي
د.نجوى عميرش
د.هدى سلام
د. فضيلة لحمر
د.عواطف عطيل لموالدي
أ. روفية زارزي
د.كريمة نايت عبد السلام
أ.ناجية دايلي



سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري

سوسولوجية الصّحة في المجتمع الجزائري

SOCIOLOGIE DE LA SANTé DANS LA SOCIéTé ALGéRIENNE

إعــداد وإشراف

أ د /نادية سعيد عيشور

باحثة في علم الاجتماع. جامعة سطيف2

تقــــديم:

أد/ عصام طوالبي.

مدير كرسي اليونسكو الأمير عبد القادر لحقوق الإنسان وثقافة السلام. جامعة الجزائر1

بسم الله الرحمن الرحيم

العنوان: *سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري. أشغال الندوة الوطنية. تنظيم قسم علم الاجتماع. جامعة محمد لمين دباغين-سطيف2/الجزائر.*

المؤلف: *نادية عيشور وآخرون*

الحجم: 24/16 سم

عدد الصفحات: 496 صفحة النسخة الورقية 521 صفحة النسخة الالكترونية.

الناشر: مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع، حي فيلالي عمارة ب رقم 3 قسنطينة- الجزائر.

الطبعة: الأولى

سنة النشر: 2018

هاتف/فاكس: 23131925165 جوال 0540262260

البريد الالكتروني: Email :hoikraa@gmail.Com

مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع

ردمك: 978-9939-515-49-4

الايداع القانوني: السداسي الثاني 2018

فهرس المحتويات

كلمة الافتتاح

بسم الله الرحمان الرحيم

السيد رئيس قسم علم الاجتماع المحترم؛ الأستاذات المحترمات، الأساتذة المحترمين؛ الطالبات والطلبة الأعزاء، الحضور الكريم؛ السلام عليكم ورحمة الله وبركاته؛

أسعد الله صباح الجميع، أرحب بكم جميعا أشد ترحيب، وأوجه خالص شكرنا وامتناننا لزميلاتنا الفضليات ولزملائنا الأفاضل القادمين من بعيد، وإذ تّسُرنا رؤيتكم في مجلسنا الطيب هذا، تّسُرني أكثر ثقتكم بنا، ومشاركتكم لنا، ودعمكم لمساعينا حتى نكون يدا واحدة على الخير والإيثار، فإن أخطأنا المحاولة أصابنا شيئا من ثوابها وإن حققنا أهدافنا أصبنا جميع ثوابها، فهذه التّجارة التّي لن تبور وطوبى للمُحسنين، هذا سعي المجد وجهد المقل، وأنّما الأعمال بالنّيات، وأنّ لكّل امّرئ ما نّوى.

كما نتقدم بالشكر الوافر لأعضاء اللّجنة العلمية للنّدوة المُوقرين، على ما منحوه من اهتمام وما بذلوه من جهود في سبيل مراجعة الأعمال وتسديد الملاحظات الثمينة، التي لا نشك في أنها أفادت كثيرا أصحاب البحوث، وساهمت في تحسين مستوى جودة الأعمال، هذا، دون أن ننسى توجيه شكر خاص للدكتور بلقاسم نويصر رئيس قسم علم الاجتماع، الذّي ألفنا مزاياه في التّيسير والدّعم لكل ما يمكن أن يُثري المعرفة والعلم وينفع الطلبة والمجتمع من نّدوات وأيام دراسية.

إننا نجتمع صبيحة هذا اليوم المبارك، الموافق لـ13 مارس 2018، وبهذا المكان الطيب "قاعة المناقشات"، لنتدارس موضوعا؛ يعد من أبرز الموضوعات

المهمة في السّاحة العالمية، وأكثرها حضورا في أجّندات الهيئات والمنظمات الدولية وكذلك العربية والوطنية، وهو موضوع "سوسيولـوجية الـصّحة" وبوصفنا باحثين منتمين إلى فرع العلوم الاجتماعية؛ فإن تعدد زّوايا الـرُؤى الدارسة والمعالجة لهذا الموضوع (انثروبولوجيا، علم النفس، علم الاجتماع، علوم التربية، الطب)، وتنوع المداخل البحثية (نظري/تطبيقي)، وكذلك تكامل فروع المعرفة (المعرفة الطبية/المعرفة الاجتماعية/المعرفة السيكولوجية/المعرفة الدينية)، لاشك أنه سيضفي على العمل التّشاركي بعده الإنساني الكامل والمتكامل ، المرتكز على إيجاد جسور مد وحلقات وصل بين المعطى الفكري التنظيري والمعطى الواقعي التطبيقي، ما سيعزز ثمار النتائج الفعالة للبحوث؛ والتي تثبت جدارتها في ميدان التطبيق.

من هذا المنطلق؛ أهنئ نفسي وزميلاتي وزملائي على هذه الجهود متمنية لي ولكم ولمن تعذر عليهم الحضور، دوام التوفيق في مجال البحث العلمي، إذ نتصور أن تُرافق ثمرات جهودنا مّساعي عملية قوية؛ لتجسيد ما يتم التوصل إليه من اقتراحات وتوصيات وتطبيقها في أرض الواقع، وبهذا سنكون مساهمين في معركة البناء والتّشييد الحضاري، كما أُؤكد لكم أن ما سيجري خلال أشغال هذه النّدوة بالذات من مناقشات؛ هو لأجل إثراء مجمل الأعمال وزيادة في تنقيحها وتطويرها وإنضاجها وتفاعلها، حتى إذا ما جاء موعد إصدارها ونشرها تكون قد استوت على سوقها.

وختاما نتمنى أن نكون عند حسن ظن الحضور وعند حسن ظن القراء ومحبي المعرفة، وقبل أن نختم الكلمة ونشرع في أشغال الندوة، وطالما أنّ هذه السلسلة الجديدة من أشغال الندوات التي عكفنا على تنظيمها كتقليد سنوي، إنما كانت استجابة لحاجة مرضى السّرطان بمركز مكافحة السرطان بسطيف إلى المساندة العلمية، ولهذا لا أجد حرجا في أن أطلب من جميع الحاضرين معنا

الوقوف لقراءة الفاتحة ترحما على أرواح بعض من ساهموا معنا في إنجاز البحث الميداني، ممن حال الموت بينهم وبين أن يكونوا حاضرين معنا في أشغال هذه الندوة المباركة وقد بلغ عددهم 15 شخصا رّحمهم الله جميعا وأسّكنهم فسيح جناته.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

أد. نادية سعيد عيشور

مقدمة

حينما تتلقفك هشاشتك، وحينما تفكر أن أنصاف أجزائك، بل روحك وقلبك وعقلك؛ تلتف سّاقها بساقك، وتّظن أنّ عليها فراقك؛ **و حينما** تفكر أنّك ستخسر بعضك، وأنّ عليك مواصلة مشوارك دون بّصر ولا قدمين **و حينما** تدرك أنّ روحك تسّكنك، على استحياء، ولحظة الاحتضار تنتصب لإجلالك، و **حينما** يّلفُك القّناء، بل وتشعر أنّه بالفعل قد زارك، و **حينما** تصدمك حقيقة أنّ جزءك يخونك، حينئذ؛ تسأل عن مسّاقك، وما سيكون مصيرك؟

ذاك هو مرض **السـرطان**؛ جّزؤك الخائن؛ وذاك هو هلام الموت هواجس رحيلك أو رحيل أحبّائك، ذاك الأمر المُريع حين تيّقن حقيقة أن الأشد من الموت إنما هو العيش تحت ظله. ثم **حينما** تتأهب لطلب النّجاة ولا تملك أساليبها ولا وسائلها، وحينما تتصرف كالصّبيان؛ لأنك لا تملك لعقلانّيتك رّوادعها ولا لجّامها.

ولئّن كان المؤمن الفّذ لا يلدغ من الجُّحر مرّتين، فإنّ معاودة المُباغتة ربما ستحتاج إلى معاودة التأسيس لأيفع الإيمان، تنبعث عبر ومضاته، نفس حياة بعد ممات. ومع كل ذلك يكون الإصرار على التّحدي طوق النّجاة برفع شعـــــار: **لست أنا القّريسة الضّعيفة ولا أنت أمهر الصّيادين.**

لقد ارتسمت على مُحياي انطباعات هذه الفكرة، التي قبعت معششة طوال الوقت في خلدي، منذ أنّ فقدت شقيقتي -رحمها الله وجعل مثواها الجّنة- وأدركت عندها أنّ اختبار ألم المعاناة ليس ككل اختبار، وليس كاختبار الدّارس لها والباحث عنها ولا حتى الطبيب المعالج لها، إنّه اختبار زّج بّي نحو أعماق هذا الموضوع، وبحث حيثياته وعوامله وظروفه وملابساته ومن جميع

المنظورات، السوسيولوجية والسيكولوجية والانثروبولوجية والطبية والشّرعية والسياسية والاقتصادية وحتى الدّراما في الإعلام العربي؛ بحث لا يروم فهم الشيء بل يتعداه إلى ملامسة الأمل، فإذا بالموضوع، يأخذ حقه كاملا، أو ما يكاد يقترب من الكمال، من حيث تعدد وجوه وزوايا المعالجة، التي أثراها المشاركون في تغطية النّدوة الوطنية حول "سوسيولوجية الصّحة في المجتمع الجزائري".

إنّ فلسفة الحياة كلها؛ تنطلق من نقطة "الميلاد"، حيث تقع على عاتق الفلاسفة والفقهاء، مهمة فّك لُغز الإشكالات المتعلقة بغايات الوجود، ووظيفة هذا الوجود، وأهمية ومكانة عمليات البّناء والارتقاء الحضاري والتكامل الإنساني، في مقابل أهمية الصراع والتفكك في منظومة القيم في دنيا هذا الإنسان. فيما يروم المصلحون الاجتماعيون والزعماء السياسيون بحث إشكاليات أخرى؛ تتعلق بآليات التغير والتغيير والتقدم والتطوير، وتوفير السّلم والاستقرار والأمن والأمان، والعيش المشترك في وّد ووئام، وتبقى مهمة إيصال العلاقة بين نقطة البداية حيث "الميلاد" إلى نقطة النّهاية حيث "الموت"؛ مهمة يتلقفها على استحياء، علماء البيولوجيا والطب البشري وعلماء السوسيولوجيا والبسيكولوجيا على وجه الخصوص، ممن يستندون إلى قاعدة ما سّطرته تّأملات وتأويلات؛ أردفت مصفوفات من البديهيات ومن الحكم من لّدن الفُقهاء والفلاسفة، وما شيّدته من انجازات مُخططات أولئك المُصلحين والزُّعماء لتحقيق مآرب تتعلق بتأخير الموت إلى بعد حين.

إنّ حلم "**الخلود**" المُراود للبعض من البّشر، هو مجرد حلم يقبع في لاشعور هؤلاء، غير أنّ حلم تأخير الموت، كحلم عام، إنّما هو حق مطلوب لما له من أصول. فليس ببعيد حينما نتفحص التاريخ، ونسترجع كيف كان حال الحياة والموت في ارتباطهما بعديد عوامل وظروف، فقد عاشت فرنسا في القرن

السابع عشر أحلك أيامها (1710)، حيث سجلت أعلى معدلات الوفيات حينما أصابها الجوع والموت، لأسباب شُّح الطبيعة وما فرض عليها من حصار من قبل بروسيا، حيث عاش النّاس ضّنك العيش، وآلام الجوع ومغص الأمراض واضطر الباريسيون، إلى أكل لحوم الحمير والجرذان ثم رُفات أجدادهم من حيث لا يعلمون، فيما أضحى اليوم هذا البلد من أقوى بلدان العالم رفاهية وعافية وأمنا واستقرارا وتقدما، وقبلة لعلاج أكبر الشخصيات الدّبلوماسية من رؤساء ووزراء وزعماء وأثرياء.

فكذلك العالم المتخلف؛ فحقه أنّ يحلم بحياة أفضل وأرقى وأنعم وألطف مما كان عليه في ماضيه، ولا يخّالني تصور استحالة تحقيق هذه المّرامي بتوفر النّية الصّالحة الطيبة والمكللة بالإرادة القوية، وبالتعاون المثمر على الخير والنّفع العام، وعلى العطاء والنُّبل. ولا أخّالني، كذلك، أنّ أقول أنّ هذا العمل العلمي ليُّعد واحدا من لّدُن منتجات هذا التّصور الراقي، والذّي لا نستغربه من باحثين مؤمنين ومؤيدين للخير والفضل والإيثار.

أتمنى في الأخير أنّ يستفيد كل قّارئ، ولكل باحث، وكل مُؤسسة، مما جّادت به أنّامل الزميلات والزملاء الأفاضل، وما تضمنته اقتراحاتهم وتوصياتهم من منافع جليلة، كما لا يفوتني أنّ أوجه خالص شكري وأعمق مشاعر الامتنان لهم جميعا على الثّقة الكبيرة التي أودعوها في شخصي ككل مرة، وأسال المولى تبارك وتعالى أنّ يجازيهم عنّي وعن المجتمع خير الجّزاء كما أسأله تعالى أنّ يشفي جميع مرضى المسلمين، وأنّ يهون عليهم وعلى أهّاليهم، وأنّ يتغمد أرواح موتانا وموتاهم بالمغفرة والعفو والتّجاوز والصفح الجميل، ونحن كلك حينما نّصير إلى ما صاروا إليه.

أ د نادية سعيد عيشور

رغم الأبعاد النفسية والاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بمدلولي *المرض والصحة*، كانت دراسة هاذين المصطلحين لمدة طويلة حكرا على العلوم الطبية؛ أو بعبارة أخرى: بقي *الطب والجسم* لحقبة من الزمن خارج نطاق الدراسات الاجتماعية. فلم يستقل منظور *الصحة* عن مدلول *الطب*، ولم ينقل موضوع *العلاج* من المقاربة البيولوجية–الفردية إلى الدراسة الاجتماعية–السياسية، إلا مؤخرا؛ بالأخص ابتداء من المنتصف الثاني للقرن الماضي[1].

أكثر من ذلك: إن فضل تحويل مواضيع *الصحة* من مجال البحوث الطبية إلى صرح الدراسات الاجتماعية لا يعود لعلماء الاجتماع، بل للأطباء أنفسهم الذين اضطرّوا، ابتداء من القرن الثامن عشر، إلى تشييد فكر موضوعي حول علاقة *الطب* بالمجتمع للإحاطة ببعض الظواهر الصحية بالتحديد ظاهرة انتشار الأوبئة.

فاستوجب انتظار الربع الأول من القرن الماضي ليُبدي علماء الاجتماع بداية اهتمام بالمواضيع الصحية، وذلك بتحفيز من الأطباء أنفسهم[2]؛ يعود الفضل في ذلك أساسا للأخصائي "هاندارسون" (Henderson) بتأسيسه لأول مخبر "لدراسة التعب" بقسم العلوم الاجتماعية بجامعة "هارفارد"، قبل أن يضع سنة 1935 معالم النظرية الحاملة لعنوان: "الطبيب والمريض نظام اجتماعي"[3]. واصل تلميذه "بارسون" (Parsons) مسعاه من خلال مباشرته

[1] Carricaburu Danièle & Menoret Marie, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris, 2004, p. 6.

[2] **Bloom Samuel,** *The word as scalpel : a history of medical sociology*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

[3] **Henderson** Lawrence Joseph**,** « Physician and patient as a social system », *New England journal of medicine*, 212, 1935, pp. 819-823.

لدراسة ميدانية معمّقة حول الممارسة الطبية بمستشفى مدينة "بوستون"[1] لتترادف بعدها في العالم الأنجلوسكسوني الدراسات الاجتماعية المخصصة لمواضيع الطب والصحة.

تأخّرت المدرسة الفرنسية قرابة ربع قرن عن ركب ما بدأ يعرف آنذاك بتسمية "علم الاجتماع الطبي"؛ بالفعل، يعتبر الطبيب–الفيلسوف "كانغيلهام" (Canguilhem) من رواد الدراسات الاجتماعية الصحية بفرنسا حيث اقترح سنة 1966 تعريف "الصحة" بمثابة "حقيقة متواجدة من وراء الجسم تحدد كنه الطبيعي أو المرضي بالنسبة للجسم"[2]. من زاوية أخرى وبمقاربة مختلفة، أشرف كل من "كاتريس لوري" (Catrice–Lorey) و"هاتزفيلد" (Hatzfeld) في نفس الفترة، أي ما بين 1960 و1963، على دراسة معمقة للعلاقات بين الأطباء والدولة في إطار نظام الضمان الاجتماعي[3].

يجب العلم أن *علم الاجتماع الصحي* لم يكن وليد الدراسات الاجتماعية فحسب؛ بل ساهمت في بلورة معالمه علوم إنسانية أخرى، أهمها التاريخ وعلم النفس؛ فبعد "فوكو" (Foucault) الذي تطرق سنة 1960 للعلاقة بين المستشفى والطب والمرضى في كتاب *تاريخ الجنون*[4]، حاول "بولتانسكي" (Boltanski) ما بين 1969 و1971 أن يبرهن تأثير الخطاب الطبّي على نشوب المرض وتحديد علاقة الإنسان بجسمه، خاصة لدى الطبقات الشعبية

---

[1] **Fox René,** « Talcott Parsons, my teacher », *The American scholar*, *66*, 3, 1997, pp. 395-410.

[2] **Canguilhem Georges,** *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Clermont-Ferrand, 1943.

[3] **Catrice-Lorey Antoinette,** « Compte rendu du livre de H. Hatzfeld », *Sociologie du travail*, *6*, 3, 1964, pp. 328-330.

[4] **Foucault Michel,** *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

والمحرومة[1]. تزايد اهتمام علماء النفس بالطب مع مباشرة "ستوتزيل" (Stoetzel) في نفس الفترة لاستبيان حول "علاقة الفرنسيين بأطبائهم" وتأسيسه بجامعة السوربون لمجلة *"المسابقة الطبية"*[2].

تعزّز الاعتراف العلمي *بعلم الاجتماع الطبي* ما بين السبعينيات والثمانيات: ففي الوقت التي أخذ يُدرج التخصص بمثابة مادة رسمية في مسار ليسانس علم الاجتماع، ترادفت التظاهرات العلمية المخصّصة له، أشهرها *"المؤتمر الدولي لعلم الاجتماع الطبي"* المنعقد بمدينة باريس في شهر جويلية 1976، والذي صدرت أعماله في تأليف بعنوان *"الصحة، الطب، وعلم الاجتماع"*[3]. في نفس العشرية خصّصت *"المجلة الفرنسية لعلم الاجتماع"* عددها الخاص لسنة 1973 لعنوان *"علم الاجتماع الطبي"*[4]، قبل أن تقرّر مجموعة من الأساتذة الجامعيين سنة 1982 نشر أول عدد لـ*"مجلة العلوم الاجتماعية والصحة"*.

ففي مدّة عشر سنوات، أي ما بين 1970 و1980، تحوّل *علم الاجتماع الطبي* من علم غامض المعالم إلى تخصّص معترف به في العالم الأكاديمي كما حدث انزلاق تدريجي ممّا عُرف في البداية ب *"سوسيولوجية الطب"* التي تعتمد أساسا على دراسة المؤسسات الطبية وتحليل التفاعلات بين الأخصائيين والهيئات الاجتماعية، إلى ما اصطلح بتسميته بـ*"سوسيولوجية الصحّة"* التي

---

[1] **BOLTANSKI Luc,** *La découverte de la maladie*, rapport ronéoté du CSE, France, 1969.

[2] **STOETZEL Jean,** « La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale », *Population*, *15*, 4, 1960, pp. 613-624.

[3] *Santé, **médecine et** sociologie*, Actes du Colloque international de sociologie médicale, Paris, Éditions du CNRS, 1978.

[4] Introduction. La conjoncture de la recherche française en sociologie médicale », *Revue française de sociologie*, *14*, numéro spécial « Sociologie médicale », 1973, pp. 3-7.

تهتم بدراسة التفاعلات بين المجتمع والصحة، بالأخص تأثير المجتمع على نسب الوفيات وانتشار الأمراض والأوبئة.

ف*"علم الاجتماع الصحي"* أو *"سوسيولوجية الصحة"* فرع من فروع علم الاجتماع الحديثة، هدفه تلقين الأطباء المبادئ الأساسية لدراسة السلوك الإنساني؛ أو بعبارة أخرى: إدراج الأبعاد الاجتماعية في علم الطبّ لتزويد مستخدمي الصحة بنظرة شاملة بقدر ما، على حد تعبير "ستروس" (Strauss)، يتعسّر على الطبيب اتخاذ البعد اللازم عن انشغالاته المؤسساتية لمعالجة المشاكل الصحية بنظرة نقدية موضوعية [1].

من هذا المنظور، لا شك أن سوسيولوجية الصحة تساهم بقدر وافر في تطوير كفاءات مستخدمي قطاع الصحّة. بالإضافة إلى مساهمتها في التخفيف من آلام الحالات المرضية من خلال تحديدها لمتطلباتها النفسية والثقافية. تتجلى هذه الفكرة بوضوح في كل صفحة من صفحات هذا التأليف الجماعي الذي أشرفت عليه الأستاذة الدكتورة عيشور نادية، وبصفة خاصة في ورقتها العلمية التي سعت من خلالها إلى إبراز أثر الظروف السوسيو- اجتماعية على وضعية عيّنة من المرضى في المجتمع الجزائري: المصابين بداء السرطان. باعتمادها لمقاربة منهجية صارمة، تمكّنت الباحثة من إبراز مدى تأثير كل من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتعليمية والنفسية على الوضعية الصحيّة للمصابين. فلم يسعها في الختام سوى تجديد الدعوة لتعزيز العلاج الطبي بتعيين أخصائيين اجتماعيين متخصصين، وتفعيل دور منظمات المجتمع المدني في مجال المراقبة والتحسيس، وخلق مراكز علمية علاجية للطب البديل.

---

[1] ANNANDALE Ellen, « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », *Sciences sociales et Santé*, 2013/1, vol 31, pp 13-35.

الأمر الذي يتدعم بأهمية التربية على الرعاية الملطفة لغرض التخفيف من معاناة المرضى، هذا الذّي تضمنته دراسة الدكتورة فضيلة لحمر (جامعة بسكرة)، من حيث الإشارة إلى آليات التخفيف من الصّدمات النّفسية، وما يتطلبه من تعزيز ثقافة هذا النّوع من الخدمات الطبية والنفسية.

بالفعل، ألا يمثّل "الطب البديل" الذي يندرج تحت لوائه ما يعرف بتسمية "الطب التقليدي"، إحدى اهتمامات سوسيولوجية الصحة؟ يشكّل هذا التساؤل قلب مقال الدكتور العقبي الأزهر (جامعة بسكرة) المخصّص للمعتقدات الشعبية والطب التقليدي في المجتمع الجزائري. فقد تمكن الباحث من تسليط الضوء على الطريقة الفريدة التي يفسّر بها المعتقد الشعبي أسباب المرض، حيث يعزى العديد من الأمراض لعوامل "فوق طبيعية" مثل السحر والحسد والعين الشريرة؛ بالطبع، يترتب عن هذا التباين في تفسير أسباب المرض اختلاف في أساليب العلاج: فها هو ذا الطبيب العادي يُستبدل بأشخاص "خيّرين" يتمتعون "بالإلهام" و"البركة"، خاصة في الحالات المستعصية التي يصعب تشخيصها من طرف الطب الحديث بقدر ما ترتبط بالمجال النفسي. ألا تدلّ هذه الظاهرة على شدة تمسك المجتمع الجزائري، رغم تقدم العلوم، بمعالم التراث الشعبي والذي يشكل في نهاية المطاف ما يصفه "ماركس ويبر" (Marc Weber) بـ"حجرة اليقين" (rock de la certitude)؟ تتأكد هذه الفكرة عبر ورقة الدكتورة بداك شبحة (جامعة تيزي وزو) حيث خاضت بجرأة كبيرة في غوامض العلاج التقليدي الشائع في منطقة القبائل، والذي لا زال بمختلف الطقوس الثقافية المختلفة، ورغم "بدائيتها"، ينافس الفكر العقلاني العلمي[1].

---

[1] *C.f.* TOUALBI-THAALIBI Noureddine, *Religion, Rites et Mutations,* Alger, Entreprise nationale du livre, 1984.

دائما في إطار الطب التقليدي، تتطرق الدكتورة عواطف عطيل لموالدي (جامعة الطارف) لموقعه في المجتمع الجزائري من زاوية الممارسة والتشريع. فها هي الباحثة بعد مدخل نظري دقيق لمصطلح "التفاعل الاجتماعي"، تبرز مدى تباين المجتمعات الإنسانية في تثمين طرق العلاج التقليدي والاستفادة منه؛ أليس من الغريب أن لا يزال الطب التقليدي، رغم كونه النمط الأصيل للطب الحديث وظاهرة اجتماعية وتاريخية عرفتها كل المجتمعات الإنسانية على اختلاف سلالاتها وثقافاتها، مهمّشا من حيث الممارسات والتشريعات؟

يحوّل مهدي عوارم (جامعة برج بوعريريج) النقاش حول الصحة من المجال الاجتماعي التشريعي إلى منظور التنمية البشرية؛ بعد إظهاره لمكانة الصحّة في مجال التنمية البشرية باعتبارها نقطة الارتكاز النشاط الإنساني ومناط بقاء الإنسان، وصلب رفاه البشر، يمنحنا الباحث لمحة عن المجهودات المعتبرة التي قدمتها الدولة الجزائرية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الهياكل القاعدية المنجزة والإصلاحات المحققة. لكنّه لا يغفل عن النقائص التي لازال يعاني منها القطاع، كما يبدو ذلك جليا من خلال معالجته لواقع الصحة في الجزائر.

بالطبع، لا تقتصر عوارض التنمية البشرية في الجزائر على قطاع الصحة. فقد أحسن الدكتور جمال بن خالد (جامعة المسيلة) في تذكيرنا بهذه الحقيقة من خلال معالجته لموضوع التلوث البيئي وإهمال البعد الجمالي والاجتماعي في التخطيط العمراني. فرغم كون النمط العمراني "الصورة الحقيقية" لمفهوم التنمية الحضرية للمدينة بصفته حصيلة التفاعل القائم بين مجموعة من العوامل التاريخية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية والطبيعية والدينية، إلا أن المدن الجزائرية تكاد، للأسف، تفقد النمط العمراني الذي كان يميّزها؛ فمن جراء ترادف سلسلة من العوامل، أهمها النمو الديمغرافي المتسارع والنزوح الريفي، تجد الجزائر نفسها أمام نماذج سكنية جديدة أقل ما يقال فيها أنها استبدلت

النسيج العمراني الأصيل ببناءات فوضوية أضحت بؤرا لكل أنواع التهميش والجريمة والأمراض. ألم يحن الوقت لصناع القرار لوضع سياسيات حضرية واستراتيجيات بديلة للحد من هذه الظواهر التي باتت تنخر الميزانية العامة للدولة؟

يتأكّد الطابع الاستعجالي لهذا التساؤل على ضوء مقال الأستاذة كريمة نايت عبد السلام (جامعة تيزي وزو)، والذي أبرزت فيه بوضوح مدى انعكاس أنماط الحياة على الصحة؛ فالضغط الاجتماعي، بما فيه التلوث البيئي، يشكل بإجماع علماء الصحّة عاملا من عوامل الخطورة على الصحة، يفسّر إلى حد بعيد الانتشار المتزايد للأمراض الجسمية المزمنة المستعصية على الشفاء، مثل الشيران التاجي، والذبحة الصدرية، وارتفاع ضغط الدم. هل أدرك المشرع الجزائري بعد أن الصحة الجسمية تتداخل مع العوامل الجسمية والنفسية للفرد؟

يبدو الأمر كذلك من خلال "تطلعات التشريع" المتعلق بالصحة، والذي خصّصت لها الدكتورة نجوى عميرش (جامعة قسنطينة 2) جزءا وافرا من ورقتها العلمية. فقد تمكّنت الباحثة بمنهج تاريخي وصفي من تلخيص المحطّات الرئيسية الثلاثة لتاريخ السياسة الصحية الجزائرية، ابتداء من مرحلة "التدخلات الحمائية للدولة" (1962–1990)، مرورا بمرحلة "الدولة الآمنة والمنظمة للعلاقات المهنة" (1990–2002)، للوصول لمرحلة "الدولة الساعية في تحقيق الرفاه الاجتماعي"، العاملة على تطوير وسائل القطاعات الصحية (2002– إلى يومنا). لكن هذا التطور لم يحل دون العديد من مشاكل التطبيق لازالت تحول دون تجسيد تام لحق المواطنين في العلاج وفق المواثيق دولية والدساتير الوطنية.

في كل حال، يبقى الحق في الصحة والعلاج بالنسبة للمواطن الجزائري مكسبا *ثوريا*، دفع من أجله ثمنا باهظا: مليون ونصف مليون شهيد ! أليس من الإجحاف إذن نسبة الحق في الصحة للمواثيق الدولية لوحدها؟ فها هو الدكتور

الصالح بوعزة (جامعة سطيف 2) يدعو أصحاب القرار في مجال الصحة إلى ضرورة الربط بين *الصحة والمواطنة*؛ فلا يكفي توفير الصحة الجسمية للأفراد بل يجب وضع الخصوصية الثقافية في قلب السياسية الصحية للحفاظ على الصحة "الروحية" و"العقلية" للمواطن، وتحصينه من مختلف أشكال الهيمنة الفكرية، والتجاذبات الثقافية، المؤدية إلى تفتيت مقومات الهوية.

تبقى "الصحة النفسية" في قلب ورقة الأستاذة ناجية دايلي (جامعة سطيف 2)، إذ تتطرق لها من منظور ظاهرة البطالة. فرغم حاجة المجتمعات للشباب باعتبارهم مناط الابتكار وإحداث التغير، إلا أن الشّباب العربي عامة والجزائري خاصة لازال على ما يبدو لم يجد المكانة التي يستحقها في عالم الشغل، كما تدل على ذلك نسب البطالة المتزايدة، خاصة عند خريجي الجامعة، مع ما تحمله من انعكاسات سلبية على صحة من يمكن وصفهم بـ"عماد الأمة". فالسبيل الوحيد لإنقاذ هذا الشباب – تدعو الباحثة أصحاب القرار – الاستماع إلى شكواهم ومطالبهم، ومحاولة التعرف على وجهة تنظرهم، وتوظيف طاقتهم التوظيف السليم، مع الاعتراف بهم كقوة هائلة بهذا الوطن.

دائما في محور الصحة النفسية، تقدم الدكتورتان هدى سلام وحنان تومي (جامعة سطيف 2) دراسة نظرية وصفية لازدواجية دور الأم المطلقة كعامل من عوامل التأثير على التوازن النفسي. فلا شك أن الطلاق كظاهرة اجتماعية واسعة النطاق تهدّد كيان المجتمع ومؤسساته المختلفة، والتي باتت اليوم منتشرة في المجتمع الجزائري بشكل مخيف، تخلّف وراءها ضحايا أهمها المرأة؛ فضغوط الدور "المزدوج" الذي يتسنى لها القيام به، كأم وأب، لقيادة أسرتها نحو الأمن والاستقرار، تسبب لها العديد من المشكلات النفسية تنعكس بصورة واضحة على تدهور صحتها النفسية.

تواصل الباحثة روفية زارزي (جامعة عنابة) تحليل الضغوطات الاجتماعية كعامل من عوامل تدهور الصحة النفسية، لكن من زاوية طب العمل ودوره في

الحفاظ على العنصر البشري من جهة، وتحسين العملية الإنتاجية من جهة أخرى. بالنسبة للباحثة، من الضروري مضاعفة الجهود لتحسين عملية التكفل بالعمال في الوسط المهني.

ففي ختام هذه القراءة الموجزة في كتاب "*سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري*" ، يبدو جليا أن هذا التأليف الجماعي، بضمّه لمجموعة من البحوث النظرية والدراسات التطبيقية، يشكّل معالجة متكاملة لموضوع الصحّة في المجتمع الجزائري، ومرجع شامل للمهتمين بالموضوع، سواء في مجال البحث العلمي أو قطاع الصحة. فقد تمكّن الباحثون، من خلال تطرّقهم لموضوع الصحة من زوايا مختلفة، وبأدوات منهجية متباينة، وبمقاربات علمية متنوعة أن يثبتوا مرة أخرى الطّابع المتكامل للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ومن ثمة ضرورة بناء *المعابر* و*الجسور* بين مختلف التخصصات لتفعيل دور الأسرة الجامعية في خدمة المجتمع.

أ د/ عصـــام طوالبـــي

مدير كرسي اليونسكــو الأمـير عبـــد القــادر

لحقوق الإنسان وثقافة السلام، جامعة الجزائر 1

المعتقدات الشعبية والطب التقليدي
في المجتمع الجزائري

أ.د. العقبي الأزهر
قسم العلوم الاجتماعية
جامعة محمد خيضر. بسكرة – الجزائر

مقدمـة:

تنتشر الممارسات الطبية الشعبية أو التقليدية بشكل ملحوظ في المجتمعات التي ترتفع فيها نسبة الأمية والجهل بشكل لافت، حال المجتمعات المحلية الريفية منها والبدوية، فيما يشبه وجود ارتباط بين هذه الممارسات وبين الثقافة الفرعية السائدة في هذه الأخيرة والتي على ما يبدو تملي أنماطا سلوكية خاصة تتعلق بمفهومي الصحة والمرض. هذا الواقع جعل المرض يأخذ مفاهيم ذات دلالات اجتماعية ترتبط بثقافة المجتمع المحلي ومعتقداته، أي القيم الاجتماعية السائدة فيه، الأمر الذي أنعكس على الوصف العام للمرض وتحديد أسبابه وأعراضه فضلا عن مظاهره وسبل علاجه.

في هذا السياق، وجد أن الأفراد في المجتمع المحلي، يختلفون في تفسيرهم لأسباب المرض عما هو سائد في مجال الطب والرعاية الصحية، حيث يعزون الكثير من الأمراض إلى عوامل مثل السحر، الحسد، العين الشريرة، عموما يربطونها– أي الأمراض– بكائنات فوق طبيعية والتي حسب معتقداتهم الشعبية لها القدرة أن تنزل أضرارا وأمراضا بالناس.

ومثلما يختلفون في تفسيرهم لأسباب الأمراض والشرور التي تلحق الإنسان، فإن كثيرا من أفراد المجتمع المحلي يختلفون أيضا عن غيرهم فيما يتعلق بأساليب العلاج.

فقد اعتاد هؤلاء الناس الاعتماد على أنفسهم في علاج مرضاهم، فهم يثقون في أشخاص متخصصون من الرجال والنساء، أشخاص خيرون يتمتعون بالإلهام والبركة وأصحاب أيدي طيبة، فهؤلاء هم الذين يضطلعون، بمهمة علاجهم خاصة في الحالات المستعصية والتي يصعب تشخيصها من طرف الطب الحديث حال الأمراض النفسية والعقلية وغيرها، وهذا عن طريق أساليبهم الخاصة والتي صادفت الكثير من النجاح وصدقتها التجربة الميدانية، أساليب أساسها الرقية، التمائم، التعاويذ والأحجبة وبركة الأولياء، كما قد يلجئون بحكم إرثهم الثقافي إلى استخدام بعض المواد والوسائل المتوفرة في البيئة كالأعشاب والكي بالنار وبعض الحيوانات والحشرات وغير ذلك.

1- التعريف اللغوي للمرض:

في اللغة العربية يتخذ المرض مفاهيم متعددة، فقد ورد في مختار الصحاح للرازي*[1] أن كلمة مرض تعني سقم، ومرضه تمريضا بمعنى قام عليه في ممرضه. أما في المصباح المنير للمقري**[2] فقد ورد أن كلمة مرض بمعنى تعب، والمرض حالة خارجة عن الطبع ضارة بالفعل، وأن المرض كل ما خرج به الإنسان عن الصحة من علة أو أنفاق أو تقصير في أمر. وكما يلاحظ فإن "المقري" خلافا "للرازي" يخرج في مفهومه للمرض بمفهوم شمولي يتجاوز المرض العضوي إلى المرض السلوكي.

---

1 عبد السلام بشير الدويبي – **علم الاجتماع الطبي** – دار الشروق للنشر والتوزيع ، ط1، عمان الأردن، 2006 ، ص 53.

* محمد بن أبي بكر الرازي – **مختار الصحاح** – ترتيب محمد خاطر بلا ، دار الفكر ودار القرآن الكريم ، بيروت .

2 عبد السلام بشير الدويبي – مرجع سابق – ص : 53 .

** أحمد بن محمد المقري– **المصباح المنير في غريب الشرح الكبير**–المؤسسة العربية للطبع.

2- التعريف الاصطلاحي للمرض:

تعددت تعارف المرض وتنوعت بتنوع مشارب وتخصصات أصحابها: البيولوجيا، الأثرويولوجيا، علم الاجتماع، علم النفس، العلوم الطبية وغيرها، وبالنسبة لهذه الأخيرة، فقد عرف المرض بأنه حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما، ويكون الشفاء منه صعبا أو مستحيلا بدون علاج، ولأجل العودة إلى التوازن الفسيولوجي يتطلب من الجسم عادة عدة عمليات أو وظائف لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسؤولة عن التوازن في العضو المصاب[1]. وفق هذا التعريف فإن المرض، يحدث عادة نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظيفته على الوجه الأكمل، كما يحث إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفهم، وبعبارة أخرى فإن المرض مرادف لمعنى الاعتلال والعجز الجسدي.

هذا من وجهة النظر الطبية- في علم الصحة- البحتة، غير أن واقع الأمر يظهر أن مفهوم المرض أكثر تعقيدا مما يبدو عليه، فللمرض معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد والجماعات وحتى المجتمعات أين تلعب الثقافة دورا بارزا في تحديد مفاهيم المرض ودلالاته وأساليب التعامل معه وقاية وعلاجا.

وتتضمن الثقافة في مكوناتها كل العادات والتقاليد والقيم والقوانين والفنون والآداب ذات العلاقة بصحة المجتمع سواء من حيث أساليب الغذاء والكساء والسكن أو من حيث مفهوم الصحة والمرض والعلاج(2) فالثقافة السائدة في المجتمع تؤثر على نظرة وفهم أفراد المجتمع لظاهرة المرض، فاستجاباتهم تجاه هذا الأخير تكون منسجمة مع هذه الثقافة ولذلك وجدنا الأفراد يختلفون فيما

---

[1] محمد عباس إبراهيم- **المدخل إلى الأنثرولوجيا الطبية**، ج1، الثقافة والمعتقدات الشعبية- دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992،ص:167.

2 عبد السلام بشير الدويبي- مرجع سابق- ص 38.

بينهم في تفسيرهم للأعراض المرضية التي يشعرون بها، وفي استجاباتهم للألم وفي اتجاهاتهم نحو الخدمات الصحية وفي طلب الخدمات الصحية نفسها وكل هذه الاختلافات لها علاقة بالانتماء الحضاري أو العنصري، والتفاعل الاجتماعي والطبقة الاجتماعية لهؤلاء.[1] وكل ذلك يكشف أن اتجاهات الناس وتصرفاتهم تجاه الصحة والمرض تتصف بالتعقيد والتنوع.

ففي الثقافات الفرعية– الشعبية–مثلا تشيع مفاهيم مختلفة، حول مفهوم المرض وأسبابه، مغايرة لتلك المرتبطة بالمفاهيم العلمية الطبية، ففي هذه الثقافات يعزو الناس سبب المرض إلى ظاهرة الحسد والأرواح الشريرة، ولهذا فهم يفضلون العلاج بالأحجبة والشعوذة والسحر بدل مراجعة الطبيب.[2] يفعلون ذلك وغيره من الفعاليات الاجتماعية، التي تؤطرها ثقافة المجتمع، من عادات وتقاليد وأعراف وقيم ذات الارتباط بمفهومي الصحة والمرض، ومن هنا يأخذ هذا الأخير –أي المرض– مفاهيم ذات دلالات اجتماعية ترتبط بثقافة المجتمع ومعتقداته.

ومهما تكن معاني المرض، فإن هذا الأخير بشكل أو بآخر يعد مشكلة أساسية وحيوية تواجه المجتمع، ولذا وجدنا كل مجتمع إنساني قد طور المناهج التي يقاوم بها المرض مما أدى إلى ظهور الطب التقليدي منذ أزمنة سحيقة وما يزال، لاحقا للطب الحديث.

وبالنسبة للممارسات الطبية التقليدية أو الشعبية فإنها تنتشر بشكل واضح في المجتمعات البسيطة أو المحلية التي ترتفع فيها نسبة الأمية بشكل ملحوظ مثل الدول الإفريقية وحتى بين الطبقات العليا في هذه المجتمعات، فهناك

---

1 أيمن مزاهرة وآخرون– **علم إجتماع الصحة**– دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2003، ص: 137.

2 نفس المرجع، ص، 153.

ارتباط وثيق بينها– أي الممارسات التقليدية– والثقافة السائدة في المجتمع والتي تملي أنماطا سلوكية خاصة، تتعلق بالصحة والمرض.[1]

3- مفهوم الطب التقليدي(الشعبي) ومسمياته:

بالنسبة لـ: "فوستر **Foster**" فإن الطب الشعبي هو (مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات حول الوسائل والأساليب التي يستخدمها أعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم).[2] هذا التعريف يختزل الطب الشعبي في مجرد أساليب علاج وما يرتبط بها من معارف وخبرات عملية إكتسبها المعالجون من صميم الممارسة والتجربة. أما ليل **Lille** فيعرفه بأنه((معتقدات وممارسات طبية تنتشر بين الناس، وهناك متخصصون في ممارسة هذا النوع من العلاج)).[3]

في المقابل، نجد أن هذا التعريف يضيف بعدا جديدا للمفهوم، إذ جعل هذه الممارسات الطبية الشعبية انعكاس لمجموعة من المعتقدات الشعبية السائدة في المجتمع والتي تعطي لها مبررها وتمنح مشروعية للممارسين لهذا الطب المحلي.

في حين ذهب جيمس كيركيلاند **james kerr keyland** إلى أن الطب الشعبي التقليدي هو تلك المعتقدات و الممارسات المرتبطة بالمرضى والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الإطار التصوري للطب الحديث))[4].

وفي ضوء ما سبق، يشير مفهوم "الطب الشعبي" في أبسط معانيه بأنه ((جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض وطرق العلاج، وما

---

1 الموسوعة الإفريقية– المجلد الرابع، **الإنثروبولوجيا،** معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة 1997، ص: 284.

2 فاروق العادلي، سعد جمعة– **الإنثروبولوجيا، مدخل إجتماعي وثقافي**– بل برنت للطباعة والتصوير القاهرة 2000، ص: 374.

3 نفس المرجع–ص: 375– 376 .

4 فاروق العادلي، سعد جمعة – مرجع السابق – ص: 374.

يتصل بذلك من ممارسات وسلوكيات تتعلق بالوقاية والتطبيب بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب الحديث وبعيدا عنه)).[1]

هذا وتجدر الإشارة إلى أن للطب الشعبي مسميات متعددة في الدراسات المختلفة، فالبعض يطلق عليه الطب الفولكلوري أو الطب البدائي، أو الثقافة الصحية الشعبية أو الطب التقليدي، الطب العرقي أي طب السلالات، الطب المألوف، طب البركة أي الخزعبلات" والوصفات الشعبية "أو الطب الشعبي".[2] كما يعرف أحيانا في التراث الأنثربولوجي بالطب الاثنولوجي، وهو المفهوم الذي ينظر إلى الصحة والمرض على أنهما يحملان دلالات لفظية ومعنوية تتحدد بطرق وأساليب مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم وذويهم والمجتمعات المحلية التي يقيمون فيها، والممارسين للطرق العلاجية الشعبية المحلية الذين يتعاملون معهم.

وهذا المفهوم وتطبيقاته يعد المجال الحيوي الذي يمارس الإنثروبولوجيون فيه دراساتهم وأبحاثهم، وتطبيق رؤيتهم التحليلية لجوانب الصحة والمرض وطرق وممارسات العلاج، وتستند تلك النظرة عند تحليل وتفسير تلك العلاقة بين الصحة والمرض والمجتمع على معايير الثقافة المحلية والتفاعلات الشخصية والجماعية معها.[3] وفي حدود إطارها العام.

4- تصنيف الطب الشعبي:

أما عن ممارسات الطب الشعبي، فقد جاءت حسب "دون يودر Donyoder" من خلال اتجاهين أو فرعين رئيسيين هما:

الفرع الأول: الطب الشعبي الطبيعي: Natural Folk Medecine ويتخذ مسميات متعددة كالطب الشعبي النباتي أو العشبي **HERBER FOLk**، ويذهب

1 محمد عباس إبراهيم- مرجع سابق- ص: 183

2 فاروق العادلي، سعد جمعة، مرجع سابق، ص: 375

3 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص: 181.

" يودر" إلى أن هذا الفرع يعكس ردود فعل الإنسان أو استجاباته لبيئته الطبيعية والتي يلجأ فيها لاستخدام الأعشاب والنباتات والمعادن في علاج أمراضه.[1] كما تجري في هذا الطب ممارسات علاجية مثل التدليك و"كاسات الهواء " فضلا عن بعض الجراحة البسيطة "كالفصد" و"الحجامة" و"الكي"[2] فضلا عن "التجبير" و"الوشم" وغير ذلك.

وهذا التنوع في فروع الطب الشعبي الطبيعي أوجد تنوعا أيضا في الممارسين العلاجيين، فظهر أطباء العلاج الشعبي العشبي **Herb doclors** والمدلكين Rubdoclors، فضلا عما سواهم في عالم الحيوان وعوالم الطبيعة الأخرى مثل المعادن.[3]

أما الفرع الثاني: فهو الطب الشعبي الديني السحري: Magico–Religious أو ما يعرف أحيانا بالطب الغامض أو النظرة ما قبل العلمية **Pre–scientific** [4]

أو الطب الروحاني أو الغيبي، والذي تعتمد طرقه وأساليبه العلاجية على ممارسات السحر والشعوذة والدين أي على القوى غير المرئية[5]. وكان لاستخدام هذا النوع من الطب للسحر والرقية والتعاويذ وغير ذلك أن أدى إلى ظهور ممارسين بمسميات محلية مثل: الشامان Shaman أو الطبيب الساحر والمعالجين الروحانيين Faith healers وقارئ البخت والكف Fortune tellers وغيرهم من المعالجين وأصحاب المعرفة الطبية الشعبية.[6]

---

1 فاروق العادلي، سعد جمعة، مرجع سابق، ص: 376.

2 محمد الجوهري و آخرون، **دراسات في علم الفلكلور**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 1992 ص : 151

3 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص: 182.

4 فاروق العادلي، سعد جمعة، مرجع سابق، ص: 376

5 نفس المرجع، ص: 379

6 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص: 182

5- الطب التقليدي والمعتقدات الشعبية:

تشير العديد من الأدبيات المتوفرة، أن الطب التقليدي في الجزائر بجوانبه الطبيعية والسحرية أو الدينية، ما يزال يتمتع بشعبية واسعة في المجتمع وخاصة في المجتمع المحلي منه، حيث ما يزال يستحوذ استحواذا شديدا على عقول الناس ومعتقداتهم، حيث يرجع هؤلاء أسباب المرض إلى غضب الله أو لوجود روح شريرة، وهي التفسيرات التي تتكرر على ألسنة الغالبية منهم، خاصة لما يتعلق الأمر بالأمراض النفسية والعقلية التي تصيبهم. تفسيرات تعكس معتقدات هؤلاء الناس الخاصة والتي تتعلق بمفهومي الصحة والمرض سواء بالنسبة للأسباب أو طرق العلاج، والتي ترتبط في عمومها بالإطار الاجتماعي والثقافي الواسع للمجتمعات المحلية والذي يشمل العادات والتقاليد والأعراف والقيم والتي تتجاوز في مضمونها النسق الطبي الحديث.

وحول الاتجاهات الشعبية نحو الصحة والمرض، يذهب العلماء إلى أن" تحليل الاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض، وذلك عن طريق دراسة وتحليل إدراك الناس لأعراض المرض أو الأمراض وطريقة تعريفهم لهذا الأخير والأسباب التي أدت إلى وقوعه"[1].

قد كشفت أن الممارسات الطبية الشعبية قد انتهجت سبيلين في تفسير أسباب المرض وهما التفسيرات الواقعية والتفسيرات فوق الطبيعية، انسجاما والمعتقدات الشعبية والتي ترجع الأمراض إلى نوعين من الأسباب: أسبابا طبيعية وأخرى فوق طبيعية.

وبالنسبة للاعتقاد في الأسباب فوق الطبيعية، فإن هذه التصورات تجد جذورها في الأديان القديمة، فقد كان هناك اعتقاد بوجود روح محركة لكل القوى

---

1 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص: 171

الطبيعية "الشمس، الريح، المطر، الرعد...إلخ"[1] واعتمادا على نفس هذه المعتقدات الوثنية؛ فقد آمن الناس بوجود مجموعة من القوى السماوية التي تجتاح الكون ولا تتوان في إيذائهم، مثلما تعكس ذلك الأساطير اليونانية، حيث ساد اعتقاد في أن الحيوانات هي جالبة الأمراض، وأن النباتات تقوم بدور الشفاء منها.

والاعتقاد في القوى الشريرة التي تثير الأمراض وتنشر الأوبئة التي تفتك بالناس لم يقتصر على الحضارة اليونانية وحسب، فقد اعتقد المصريون في أن "القرينة" التي تأتي ليلا للمرأة الحامل مدفوعة بدافع الحسد والغيرة "نظرا لأنها لم توهب قدرة الأم الإنسية على الإنجاب"، إما لكي تقتل جنينها في بطنها- بأن تضرب الأم على بطنها- أو لكي تهددها في حملها. ويمكن أيضا أن تهاجم الطفل المولود وتسبب له الأمراض والضعف ونحول الجسم. ونظرا لأن الأم تشعر أن مرض طفلها راجع إلى إصابة "القرينة"، فهي تعتقد أن العلاج لابد أن يكون عند الساحر.

لهذا يرى كير كنشت **Ker kenecht** **أن** الطب البدائي هو "طب سحري"* لأن معظمه يعالج أسبابا روحية للمرض، وهي تعالج عن طريق استرضاء القوى الروحية، ولهذا يحاول الشامان **SHAMAN** أو الشخص الذي يقوم بعملية العلاج أن يتلو التعازيم والرقى لإزالة الأمراض التي يعتقد أنها أصابت الشخص كعقاب له على تعديه على الحرمات، أو لتنكره لمعتقدات معينة.[2] وقد أدى هذا النوع من المعتقدات أن يسيطر الطابع الغيبي على

---

1 نور الدين طوالبي: **الدين والطقوس والتغيرات**، ترجمة وجيه البعيني، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1 الجزائر، 1988، ص: 40.

2 عاطف وصفي وآخرون، **دراسات في علم الاجتماع والانتربولوجيا**، دار المعارف، ط 1، مصر، 1975 ص ص 381 – 382 .

* يقول جيمس دافيز، أن "التطبيب والدين ارتبطا معا ارتباطا طويلا، ولهذا عندما عزا الفرد الأمراض للأرواح كان السحر هو الشكل المناسب لضبطها وسبيل التحكم فيها".

الطب الشعبي، الذي يعزو أسباب الأمراض إلى عوامل فوق طبيعية، وأن يستخدم هذا الطب أساليب خاصة للحماية والعلاج أساسها الرقية والتعازيم وغير ذلك.

6- طرق وأساليب العلاج الشعبي في الجزائر:

وكما قلنا سابقا، ففي الجزائر- مثلها مثل باقي الدول العربية- مازال موضوع العلاج والأدوية أو الوصفات الشعبية يحتل مكانا كبيرا في استجابات المرضى من الأميين والبسطاء، بل ومن بين بعض المتعلمين من الناس، نظرا لما توارثوه من آبائهم وأجدادهم من أفكار وممارسات ومعتقدات علاجية، حيث نجد وخاصة في الريف وفي الصحراء الجزائرية بعض الأساليب العلاجية التي تصف لكل علة أو مرض من الأمراض الشائعة مثل: الروماتزم، الجدري الحصبة، العيون، الأسنان، الزهري، العقم، الجنون، البدنة، الاضطرابات الهضمية، السفلس، القرحة، الكسور، الضعف الجنسي، فقدان الذاكرة، الصلع الصداع، الاضطرابات المعوية، الحمى، الحسد والعين الشريرة، الأمراض العقلية والنفسية وغير ذلك علاجا موصوفا. وهؤلاء الناس في علاج مرضاهم، اعتادوا الاعتماد على أنفسهم، فهناك أشخاص متخصصون من الرجال والنساء يضطلعون بهمة العلاج، يلجؤون إليهم ليكشفوا لهم عن الطالع أو يكتبون لهم التمائم والتعاويذ، أو الأحجبة والكتب فضلا عن تجبيرهم وكيهم وإجراء الرقية لهم. وهؤلاء المداوون التقليديون هم: الأولياء، المرابطون، مشايخ الطرق الدينية، خدام الأضرحة والشرفاء وغيرهم، وهؤلاء في نظر المترددين عليهم هم من الناس الخيرون، أصحاب الكرامات والخوارق والأيدي المباركة. هؤلاء المُداوون التقليديون في معظم الدول الإفريقية، لهم أدوار فعالة في مجال الرعاية الصحية الأولية، ويحظون بتأييد المجتمع ويتمتعون بمكانة اجتماعية

هامة وفهم واسع وعميق للطبيعة البشرية وشؤون الأهالي بالإضافة إلى قربهم من الناس وقدرتهم على أن يكفلوا لهم استمرارية الرعاية.[1]

هؤلاء المُداوون التقليديون في الجنوب الجزائري لهم أساليبهم الخاصة التي صادفت الكثير من النجاح في هذه المجتمعات المحلية من ذلك استعمال البدو للحم الذئاب لعلاج بعض الأمراض ومنها " الزهري"، كما يعالجون الحصبة بأكل لحم الأرنب أو لحم الغزال أو الضأن (البادمان).

كما يعالجون " الجدري" بواسطة (الملة)، وذلك بعمل حفرة في الرمال الساخنة أو تسخينها بالنار، والتي يتمدد فيها المريض ثم يغطى بها لمدة من الوقت. كما يعالجون من مرض "الروماتزم"، حيث يقومون بعمل حفرة في الأرض عمقها واحد متر ونصف، ويدخل فيها المريض ويعطى مشروبا من نقيع (الأوياك) لكي ينام. كما يعتمد البدو على الأعشاب البرية الموجودة في الصحراء في علاج أمراض الأسنان باستعمال عدة أعشاب وبطرق مختلفة.[2]*

أما المرأة الطارقية، التي تريد البدانة أو أن تكون سمينة، فبإمكانها أن تبتلع نباتا يسمى (بوزريج) ولكن إذا زادت من كميته المحددة فإنها تصاب بنوع من الجنون وفقدان الذاكرة مؤقتا.[3]

---

1 الموسوعة الإفريقية، مرجع سابق، ص ص: 285 – 286.

2 محمد السويدي، **بدو الطوارق بين الثبات والتغير، دراسة سوسيو، أنتربولوجية في التغير الاجتماعي** المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1986، ص: 228 .

* للمزيد حول الوصفات الطبية التقليدية الجزائرية يرجى العودة إلى المراجع التالية:

a) Claudine Favret -**Maghreb D'autrefois**, Traditions, Et Légendes -Editions : Alan Sutton, Paris, 2011.

b) MATHEA GAUDRY - **La Femme CHAOUIA DE L'AURES,** Editions CHIHAB, Batna, Algérie, 1998.

c) MATHEA GAUDRY - La Société Féminine au Djebel Amour, et au Ksel- société algérienne d’impressions diverses Alger 1961.

3- محمد السويدي – مرجع سابق – ص: 229.

وفضلا عن استعمال لحوم الحيوانات، الرمال والأعشاب البرية يستعمل البدو الكي، الحجامة، التشريط والتجبير، والوصفات المنزلية، حيث يفضل الطارقي المهاجر إلى الواحات- من الصحراء- أن تضع زوجته مولودها إما في منزله بمساعدة الداية (القابلة المحلية) وإما في منزل والديها، وهي ظاهرة تسود مجتمع الواحات الجنوبية حيث يستنكف سكانها من ذهاب زوجاتهم إلى المستشفى العمومي.[1]

كما يلجأ الناس في المجتمع المحلي بحكم إرثهم الثقافي إلى الطلبة (جمع طالب) وإلى زيارة الأولياء طلبا للشفاء من المرض أو طلبا للنسل أو الحماية (التحوط). وهاتين الوصفتين الشعبيتين الأخيرتين نظرا لتجذرهما في المجتمع الجزائري وإبرازهما لطابع المعتقدات الشعبية السائدة في المجتمع، فقد ارتأيت أن أتناولهما بشيء من التفصيل فيما يلي:

<u>(أ) زيارة الأولياء (الأستشفاء بالأولياء):</u>

من بين ممارسات الطب الشعبي في المجتمع الجزائري، زيارة الأولياء* وأضرحتهم للتبرك بها والاستشفاء، وقد بلغ تعلق الناس بهؤلاء الأولياء إلى درجة أن هؤلاء لم تكن تخلو مدينة أو قرية أو دوار من قبابهم ومقاماتهم.[2] حيث كان الزائر للجزائر في أوائل القرن الماضي، يرى فوق كثير من الربى الجزائرية وضمن أغلب الدواوير وداخل كل مدينة، قباب بيضاء للسادة الأولياء الذين كان منهم الصالح ومنهم المخبول عقليا خاصة في الغرب الجزائري.[3]

---

1 - نفس المرجع – ص: 247.

* **الـوّلـي:** يطلق هذا اللقب في الغالب على الرجل الذي يعتقد الناس في الأوساط الشعبية أنه رجل قريب من الله، متمكن من بعض الأمور التي لا تتاح للجميع، ومن هنا تكون مكانته خلال حياته مرموقة وقبره بعد وفاته مزارا . (محاضرات الملتقى الوطني الأول للسيمياء والنص الأدبي، منشورات جامعة بسكرة ، 2000).

2 أحمد الخطيب – **<u>جمعية العلماء المسلمين الجزائريين وأثرها الإصلاحي في الجزائر</u>**، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1985، ص ص: 60 – 61.

3 المرجع السابق، ص: 85

يزورهم الناس في مواكب حافلة وضمن طقوس دينية بوصفهم أحباب الله المقربين ومن نسب الرسول(ص)[1] أي من الشرفاء* الذين توجب نحوهم الزيارة كواجب ديني.

ويأتي تكريم الأولياء وحتى تقديسهم عند البعض اعتقادا منهم أنهم يتمتعون بقوى غير مألوفة وبالقدرة على الاتصال بالكائنات الروحية كوسطاء بينها و بين الناس، فقد ادّعى هؤلاء لأنفسهم امتيازات لا تتوفر لغيرهم من الأفراد العاديين، فوضعوا أنفسهم في منزلة الأنبياء الذين يظهر لهم الله " فمثال الواجب الذي لا يقبل النفي بوجه من الوجوه، هو ظهور الحق لأوليائه" ومن هنا كان علمهم بالغيب وتنبؤهم بالمستقبل: فهؤلاء هم من المشايخ الواصلين إلى الله، هم رجال الإسلام وحماته، فهؤلاء المشايخ في نظر جمهور الناس- كانوا يتمتعون باتصال روحاني بالله، وبفضل ذلك بإمكانهم التنبؤ بالأحداث والوقائع.[2]

وأكثر من ذلك، فقد ادعى هؤلاء الأولياء أنهم يملكون قدرات خاصة " فيتصف الواحد منهم بأوصاف الربوبية، فهو الذي يعطي وهو الذي يمنع، وهو الذي يفيض وهو الذي يبسط، وهو منبع كل خير ومصدر كل شر" [3] إلى درجة أصبح فيها لصاحب شيوخ الطريقة، أو صاحب الضريح أكبر مكانة في نفوس السواد الأعظم من الناس من الله. [4]

---

1 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص: 262.

* **الشرفـــاء**: من الكلمة العربية شريف، أي سليل النبي، والشرفاء هم أولئك المنحدرين المشهورين من سلالة النبي محمد (ص)، وهم بالطبع الأولى بالحق في خلافته.

2 أحمد الخطيب، مرجع سابق، ص: 60.

3 نفس المرجع، ص: 185 .

4 نفس المرجع، ص: 185 .

وما زاد من ارتباط الناس بالأولياء وتعلقهم بهم، دعوة رجال الصوفية إلى تقديسهم ونسبوا إليهم كرامات خارقة للعادة [1]" فعلى صعيد الأشخاص العارفين بشكل عام، المحترمين و الذين في نهاية حياة مثالية في التدين يطلقون البرهان على المقدرة التي حباهم الله بها. عندئذ يصبحون موضوع عبادة متفاوتة الانتشار، تبعا للوعي الذي بواسطته يستجيبون لدعوات وتمنيات الذين يلتمسون وساطتهم، وعادة تطلق تسمية ولي على هؤلاء الأشخاص"[2]

لكل الاعتبارات السابقة أصبح الناس يتجهون إليهم في ابتهالاتهم وتضرعاتهم ويقصدونهم طلبا للعلاج والاستشفاء، ويحصل ذلك في الحالات المرضية المزمنة أو المستعصية كالأمراض النفسية والعصبية والعقم والصداع المزمن وغير ذلك، يلجأ بعض الناس إلى الأولياء، حيث يقومون بزيارة أضرحتهم والطواف حولها وتقديم النذور طلبا للشفاء.[3] إلى درجة وجد فيها أن هناك أولياء متخصصون في علاج أمراض محددة دون غيرها كنوع من التخصص العلاجي، وهكذا عرف عند عموم الناس أنّ الشّيخ الفلاني يتمتع بقدرات علاج الأطفال وحماية الطفل وأمه أثناء عملية الوضع، وأن الشيخ العلاني يشتهر بفك العقد والتي يقصد بها عقدة الإنجاب أو الزواج أو العقدة النفسية وأن هناك شيخ ثالث متخصص في علاج أمراض العيون والأمراض النفسية والصداع الناتج عنها وفي القدرة على التخلص من الجان[4] ورابع يشفي الأمراض ويرزق بالأولاد المرأة العاقر[5] و هكذا....

---

1 نفس المرجع، ص: 85 .

2 نور الدين طوالبي، مرجع سابق، ص 95 .

3 أيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، ص: 161 .

4 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص: 273 .

5 محمد السويدي، مرجع سابق، ص 247.

هذا ولا تقتصر هذه القدرات الاستشفائية على الولي لوحده، بل يحدث أن تمتد لتشمل خادم الضريح، حيث يعتقد البعض أن هذا الأخير له قدرات علاجية مختلفة بحكم ارتباطه بالضريح وانتقال بركة الولي إليه.[1] هذه العادة المتمثلة في زيارة الأولياء وعلى الرغم من تقهقرها، فقد أظهرت دراسات ميدانية عديدة أن البعض من الناس ما يزال متعلقا بها حتى اليوم نظرا لاستمرار اعتقاد هؤلاء في قدرة الأولياء على شفاء العديد من الأمراض، ودليلهم في ذلك أن المريض يلجأ إلى عدة طرق مختلفة للعلاج ومن بينها زيارة أضرحة الأولياء ولا يلجأ إلى الأطباء والمؤسسات العلاجية إلا بعد أن يصل المرض إلى حالة سيئة أو ميؤوس من شفائها، أي أن زيارة الطبيب تأتي في مرحلة متأخرة من العلاج.[2] وهي نفس الملاحظات التي دونها الأطباء الفرنسيون في الجزائر– أثناء الحقبة الاستعمارية– حيث سجلوا أن الأهالي الجزائريين الذين يأتون لطلب العلاج الحديث، لا يأتون إلا بعد أن يشعروا بالموت يدنو منهم أو حينما تكسوا أجسادهم جراح لا تندمل، حين يغلبهم الألم ويتهددهم المرض، فقط حينها يتوجهون إلى الطبيب الفرنسي. وفي شهادة أخرى، أشار الأطباء إلى أن الأهالي لا يذهبون إلى المستشفى إلا بعد أن تنفذ الوسائل العلاجية المعروفة عند المرابطين والطلبة وعندما تبلغ حدة الألم إلى الحالة الحرجة.[3]

---

1 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص: 272.

2 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص:274.

3 **إيفون تيران**، **المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة**، **المدارس والممارسات الطبية والدين**، 1830 – 1880 – ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2007، ص ص: 149 – 154.

* **التبرك:** فالموريدون يدعون أن الإسلام يقر لبعض الأشخاص الذين يتيمزون بالتقوى ، بحقهم في معيار " القداسة " ويضاف إلى هذا الامتياز، امتياز آخر وهو البركة، أي تلك الصفة (المستترة وغير المرئية) أو (سر الله هذا في الأشياء وفي أنبيائه وأوليائه) الذي يؤمن الخلفة ، الذي يحمي من الأمراض أو يشفيها والذي يقود إلى النجاح والازدهار.

ففي العرف الإسلامي البركة " في حقيقتها هي (الاشارة إلى النعمة الربانية) أو (الهبة اللادنيوية). (نور الدين طوالبي – الدين والطقوس ..... ص ص: 93 – 94 .)

وتبدأ زيارة الولي بتوجه الشخص الزائر أو المريض إلى ضريح هذا الأخير للتبرك* به، وهذا من خلال تقبيل الإيزار والغطاء القماشي الذي يلف الضريح فضلا عن جدران القبة و كذا تلطيخ جدران المقام بالحنة والتقرب إليه بالبخور والنذور وإضاءة الشموع داخله، كما يعمد زوار الضريح إلى إقامة الصلوات طلبا لبركة الولي والدعاء للمريض بالشفاء وفضلا عن هذه الطقوس، يسعى زوار الولي إلى التقرب إليه من خلال الولائم والتي حلت محل القرابين– قديما– طلبا في بركته، حيث يكون ذلك من خلال الذبح عند مقام الشيخ وإقامة الولائم الزردات أو الوعدات والتي يشارك فيها المريدون والأتباع. حيث من المعتاد– حسب نور الدين طوالبي– في العديد من مناطق الوطن أن تقام الوعدات (الولائم) بشكل موسمي لكل ولي على حدة وأن هذه الولائم تقدم استرضاء لروح الولي كنوع من القربان مثلما كان هذا الأخير يقدم للآلهة والذي كان يشكل شرطا لشرعية الدعاء.[1]

وطقس تقديم الذبائح في حالة الأمراض يلجأ إليه الناس كي يستنهضوا عزائم الأرواح لمساعدتهم على الشفاء. ويبدو أن تقديم الأضاحي ليس بطقس جزائري ولا إفريقي بل ممارسة عامة، فحسب الباحثة " لوسي مير" فإن تقديم الأضحيات من أجل الحماية والتوقي من شرور معينة كسوء الحظ والمرض بوجه خاص هو أمر شائع الحدوث في أجزاء كثيرة من العالم.[2]

فضلا عن ما سبق ذكره، يستخدم زوار الولي– ضريح الولي– أشياء خاصة بهذا الأخير في علاج بعض الأمراض، حيث يعتقدون أنها تحمل بركة الولي وتساعد في الشفاء، من ذلك استخدام مياه البئر الملحقة بالضريح في

---

1 نور الدين طوالبي، مرجع سابق، ص: 40 .

2 لوسي مير ، **الانتربولوجيا الإجتماعية،** ترجمة علياء شكري وحسن الخولي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة 1985، ص: 267.

ممارسة الشفاء لما تحمله من بركة الولي.[1] وتقبيل الحجارة فيه وانتزاع قطع من الحصير وأخذ حفنات من التراب المجاورة للمقام للبركة[2]. فضلا عن نزع شريط من قماش الضريح ولفه حول المعصم وغير ذلك من الممارسات التي تعتقد في بركة ضريح الولي وما يحيط به وفي قدرة هذه البركة على شفاء المرضى والمّسقومين، وهذا المعتقد الشعبي يعد واحدا من المعتقدات الشعبية الراسخة في نفوس فئة كبيرة من الشعب الجزائري على اختلاف بيئاته الريفية والبدوية وحتى الحضرية أيضا.

(ب) العلاج بالاحجبة:

من المعتقدات المنتشرة بشكل واسع في المجتمع المحلي الجزائري، الاعتقاد في الحسد والعين الشريرة (**Evil eye**)، حيث يشيع بين كثير من الناس أن هذه الأخيرة تقف وراء الكثير من الأمراض والشرور التي تصيبهم في حياتهم، وهو اعتقاد يجد جذوره في المعتقدات الإفريقية جنوب الصحراء مثلما يبين ذلك ايفانز برتشارد evans pritchard في دراسته عن الازاندي AZANDE وهم قبائل يعيشون في وسط إفريقيا، فقد أوضح أنه يوجد عندهم مجموعة من العقائد والتي تشكل بؤرة أساسية في ثقافتهم، وتستند هذه العقائد على مسلمة رئيسية عندهم، بأنه يوجد في مجتمعهم رجال ونساء يمتلكون قوى ضارة لإيذاء الآخرين، حيث يعتقدون أن هؤلاء الأشخاص قادرون على إرسال روح تعرف باسم "Mbisimo Mangu" روح العين الشريرة- خلال الليل لكي تتغذى على أعضاء جسد ضحاياها، مسببة لهم الأمراض والموت، وتبعا لذلك يرجع الأزاندي كل الأمراض الخطيرة والوفيات إلى المكائد الشيطانية للعين

---

1 محمد الجوهري، سعاد عثمان، **دراسات في الانتروبولوجيا الحضرية**، دار المعرفة الجامعية، ط 1، الإسكندرية 1991، ص: 310

2 أحمد الخطيب، مرجع سابق، ص: 86.

الشريرة.[1] وعندنا في المجتمع الجزائري يعزى إليها أمراض العقم والأمراض العقلية والمس بالجن وغير ذلك من الأمراض التي تصيب الإنسان، وإن كانت شرورها لا تقتصر عليه لوحده، بل تطال حتى الجماد والحيوان.

وللوقاية منها تعلق صورة في شكل" كفة اليد"* و فيها عين في وسطها وهذا في مداخل المنازل- أي على أبوابها الخارجية وحتى بداخلها، حتى أن الملاحظ لا يكاد يجد بيتا ريفيا في الجزائر دون أن تعلق فيه هذه الصورة، وهي علامة يسود الاعتقاد بأنها تدفع العين والحسد. وهذا الخوف من الحسد، منتشر بكثرة في نفوس الجزائريين إلى الدرجة التي تجعلهم يتكتمون في قضاء حوائجهم، وقد يتظاهرون حتى بالفقر و الحاجة في بعض الأحيان مخافة الحسد.[2]

ولنفس السبب، في المجتمع الصحراوي، غالبا ما يترك الطفل حافي القدمين وتحاول الأم أن تظهر طفلها في ثياب بالية خاصة الذكور منهم، وقد تكتب على ثيابهم عبارات يعتقدون أنها تدرأ عنهم العين الشريرة أو تبدد شر الحاسدين، وقد تعلق في ثيابهم خرزة زرقاء أو حجاب يثبت في خصلة من

---

1 محمد حسن غامري، **طريقة الدراسة الانثربولوجية الميدانية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 1989 ص ص: 21 – 22.

2 أحمد بن نعمان، **نفسية الشعب الجزائري، دراسة علمية في الانتربولوجيا النفسية**، دار الأمة، الجزائر 1994، ص ص: 114 – 115.

* **كفة اليد:** ترمز إلى يد فاطمة أو فطيمة، بنت الرسول صلى الله عليه وسلم، وهذه اليد ترمز للغاية الإلهية وإلى الحماية والعون ضد العين الحاسدة- بالنسبة للمسلمين فإن اليد لها دلالات سرية: فهي تشير إلى الغاية الإلهية، وهي مختصر للقانون الإسلامي، وفي هيكلها تشير إلى أركان الإسلام الخمس.

وفي الجزائر من النادر أننا نجد دارا ليس بداخلها أو بخارجها فوق مداخلها رسم يحمل صورة يد أصابعها ممددة.

Réf : Claudine Favret- **Maghreb d'autrefois**, Traditions et légendes - p:62

الشعر، ففي هذا المجتمع يلعب الحسد دورا هاما في حياتهم وإليه يعزون مرض أطفالهم أو وفاتهم.[1]

والاعتقاد بالحسد والخوف من العين الشريرة ظاهرة عامة تشيع بين كثير من البلاد العربية، ففي الأردن هناك اعتقاد بأن الطفل الجميل لديه استعداد كبير للحسد، لذلك نجد أهله يحاولون إخفاؤه من الأنظار أو يلبسونه ملابس قديمة، قذرة لإبعاد خطر الحسد عليه، أو قد يحاول أهله تلبيسه خرزة زرقـاء لمنع الحسد.[2]

وأذى الحسد والأرواح الشريرة لا يقتصر على الإنسان والجماد بل يطال حتى الحيوان، لذلك وجدنا بدو الطوارق لا يتوانون عن استعمال التميمة أو الطيرة " لوقاية جمالهم من العين الشريرة، فالطوارق (نساءا ورجالا وأطفالا) يستعملونها بدون استثناء، وذلك للوقاية من العين الشريرة التي قد تسبب المرض والحرائق، وقد تؤدي إلى نفوق الحيوانات، كما يستعملون– صليب الجنوب –في مقدمة سروج الإبل لاتقاء العين الشريرة وتفريقها على الجهات الأربع (الشمال الجنوب، الشرق والغرب)، وهذا الصليب يشبه شكل الوشم الذي تضعه النساء بين العينين وعلى الذقن في بعض المناطق من الجزائر وبشكل خاص بين نساء (أولاد نايل) من جبال الأطلس الصحراوي وذلك اتقاء للعين الحاسدة ولبعثرة قوتها [3].

إن ما سبق الإشارة إليه، يتعلق بالوقاية منها–أي العين– أما إذا وقع أذى هذه العين الشريرة وتمكنت من ضحيتها فإن الممارسات الشعبية تظهر أن الناس يتعاملون مع الإصابة بطرق عدة من ذلك يحصل أن يعالج أهل بسكرة

1 فاروق إسماعيل: **التغير والتنمية في المجتمع الصحراوي**، دار المعرفة الجامعية، ط 2، الإسكندرية 1984، ص: 252

2 أيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، ص: 157

3 محمد السويدي، مرجع سابق، ص: 229.

على سبيل المثال، المريض بالنفس (أي العين) من خلال جعل شوك القنفذ في النار ويبخرون به المريض [1] .

أما في مناطق أخرى من البلاد، فقد وجد أن كثيرا من الناس يذهبون إلى الطالب حتى يعطيهم كتابا **Amulette** [2].

وكذلك الحال نفسه في بعض البلاد العربية، فقد ارتبطت لديهم فكرة العلاج من الحسد والعين الشريرة باللجوء إلى من يكشف لهم عن الطالع أو يكتب لهم التعاويذ والأحجبة [3] ، وهي عبارة عن بعض الكتابات على الورق الملفوف والتي بعد أن تكتب عليها بعض الآيات القرآنية أو الأحاديث النبوية أو كتابات أخرى, يقوم الشيخ بتجهيزها بهدف الوقاية أو العلاج من الأمراض [4]

هذا وتجدر الإشارة أن للأحجبة أغراض مختلفة، فهناك أحجبة تستخدم للحرق من أجل التبخر وأخرى يحملها الإنسان [5] للحماية والوقاية من مختلف الشرور. فقد أصبح معلوم أن الكثير من الجزائريين خاصة في الأوساط الريفية والبدوية ماضيا وحاضرا قد أقبلوا ويقبلون على اقتناء هذه الكتب أو الحروز بنوعيها، لصد النفس "أو الروح" أو "العين الشريرة" التي تلحق الشر وتوقع الأذى بهم وكذا لاستعادة صحتهم وعافيتهم.

وما يعزز إقبال شريحة كبيرة من الجزائريين على طلب هذه الأحجبة "الحروز" وحملها للأغراض السالفة الذكر، ما أوردته كتب التاريخ من أن الطلبة (الشيوخ) المختصون في كتابة "الأحجبة" و"التمائم" كانوا بأعداد كبيرة إلى

---

1 أحمد خمار، **تحفة الخليل في نبذة من تاريخ بسكرة النخيل**، دار الهدى عين مليلة، الجزائر، 2012، ص: 78.

2 MATHEA GAUDRY: **La Société Fémenine Au Djebel Amour et au Ksel**–Société d'impressions diverses, Alger 1961, p: 338.

3 فاروق إسماعيل، مرجع سابق، ص: 256.

4 آيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، ص: 159.

5 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص: 299.

درجة أن الإدارة الاستعمارية رخصت لهم إقامة محلات خاصة تسهيلا لنشاطهم، محلات من هذا النوع، انتشرت في الفترة ما قبل الثورة– في العديد من الأحياء الإسلامية، حيث كان يجلس "الشيخ" وتتحلق حوله النساء الريفيات وهو يكتب لهن الحجابات [1] للأغراض المختلفة. فالنساء الريفيات خاصة ولجهلهن، كن أكثر الناس حملا للأحجبة في المجتمع الجزائري، أي أكثر اعتمادا على مفعولها وقدرتها العلاجية أو الحمائية من غيرها من الوسائل الطبية الحديثة.

خاتـمة:

أمر طبيعي أن يفكر المرء بأن الصحة والمرض مسائل مرتبطة بالظروف الحيوية للجسم، وأن المرض يحدث عادة نتيجة قصور أحد أعضاء الجسم أو أكثر في أداء وظائفهم على أكمل وجه أو نتيجة اختلال أو انعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفهم وهو ما يعني اعتلال الجسد وعجزه.

غير أن الحقيقة أكثر مما يبدو عليه الأمر، فالمفهومان لهما أيضا طبيعة اجتماعية وثقافية وأن هذه الأخيرة ذات تأثير عميق – وإن صعب فهمه – في تحديد الوصف العام للمرض والأسباب التي تقف وراءه فضلا عن أعراضه ومظاهره وسبل علاجه.

ولهذا كان تعريف المرض بوصفه عجزا جسديا، ليس بالتعريف الدقيق ولا المسلم به لدى كل الناس وفي كل المجتمعات، فالمرض في بعض الثقافات يعتقد أنه ما هو إلا نتيجة لسحر شرير أو عين حاسدة أي نتاج كائنات فوق طبيعية وليس بفعل عوامل حيوية قابلة للعلاج.

---

1 أحمد الخطيب، مرجع سابق، ص: 61.

ومن هنا جاء اختلاف الناس في تفسير أسباب المرض تبعا لمعتقداتهم وتصوراتهم الاجتماعية والثقافية الخاصة. وأمام هذه المعتقدات الخاصة بأصل المرض، كان طبيعيا أن لا يكون المعالج هو الطبيب الذي نعرفه بمواصفاته ومؤهلاته، بل هو المعالج الشعبي على اختلاف مسمياته، ولِيا كان أو راقيا طالبا أو شيخا.

فهؤلاء الأطباء الشعبيون هم الذين يعتمد عليهم وهم الذين يقبل عليهم الناس نظرا لما يتميزون به:

فهم أشخاص متخصصون، خيرون يتمتعون بالإلهام والكرامات، وفق ذلك بالبركة والأيدي الطيبة، فهؤلاء في المجتمع المحلي وحدهم من يضطلع بمهمة علاج المرضى، فإليهم يلجأ الناس خاصة في حالة الأمراض المستعصية حال الأمراض النفسية والعقلية.

ولا يختلف الحال مع أساليب العلاج المستخدمة، فالطب الحديث يقوم على فكرة البعد العضوي المادي للمرض، أي أن المرض شيء مادي عضوي بالدرجة الأولى وتبعا لذلك، فالإنسان المريض هو شخص مصاب بداء أو مرض معين وهو أمر موضوعي وحقيقي، ومن ثم يلزمه دواء معين بمواصفات كيماوية وجرعات محددة.

وهذا الأمر هو الآخر، ليس مسلما به لدى كل الناس وفي كل المجتمعات فكثير من الناس يرفضون هذه الآراء حول أساليب العلاج ويوظفون أساليب علاج تبتعد عن التطورات العلمية التي يشهدها مجال الطب والرعاية الصحية أساسها السحر، الرقية والأحجبة والتمائم والتبرك بالأولياء والكي والتداوي بالأعشاب وغير ذلك، وهي طرق شعبية متوارثة صادفت الكثير من النجاح وصدقتها التجربة العلمية، وتوظف في المجتمعات المحلية كجزء من موروثها الثقافي الشعبي. يلجأ إليها الناس حماية، إسعافا وعلاجا لمرضاهم، وإن نقول ذلك، فهذا لا يعني عدم تقبل هؤلاء الناس المطلق لفكرة الطبيب والدواء

وتعليمات هذا الأخير، ولكنهم يلتجئون إلى هذه الأخيرة كخيار أخير بعد تجريب بركة الولي وحجاب الطالب ورقية الشيخ.

والنتيجة أن مفاهيم الصحة والمرض واتجاهات الناس نحوهما، مسائل تتجاوز البعد الطبي الخالص لتتعداه إلى الدلالات الاجتماعية والمعتقدات الثقافية والممارسات الشعبية ذات الارتباط بثقافة المجتمع المحلي.

❁❁❁

قائمة المراجع

1. أحمد بن محمد المقري- المصباح المنير في غريب الشرح الكبير- المؤسسة العربية للطبع.
2. أحمد بن نعمان – نفسية الشعب الجزائري، دراسة علمية في الانتربولوجيا النفسية دار الأمة، الجزائر، 1994
3. أيمن مزاهرة وآخرون- علم اجتماع الصحة- دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ط1، عمان، الأردن، 2003.
4. عبد السلام بشير الدويبي – علم الاجتماع الطبي – دار الشروق للنشر والتوزيع ط1 عمان الأردن، 2006 .
5. فاروق العادلي، سعد جمعة- الإنثرويولوجيا، مدخل اجتماعي وثقافي- بل برنت للطباعة والتصوير، القاهرة، 2000
6. لوسي مير – الانثربولوجيا الاجتماعية – ترجمة علياء شكري وحسن الخولي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة ، 1985 .
7. محمد الجوهري وآخرون- دراسات في علم الفلكلور- دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 1992.
8. محمد السويدي – بدو الطوارق بين الثبات والتغير، دراسة سوسيو أنثربولوجية في التغير الاجتماعي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر ، 1986.
9. محمد بن أبي بكر الرازي – مختار الصحاح – ترتيب محمد خاطر بلا، دار الفكر ودار القرآن الكريم، بيروت.
10. محمد حسن غامري – طريقة الدراسة الانثربولوجية الميدانية –المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 1989 ، ص ص : 21 – 22 .
11. محمد عباس إبراهيم- المدخل إلى الأنثرولوجيا الطبية،ج1، الثقافة والمعتقدات الشعبية- دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992.
12. الموسوعة الإفريقية- المجلد الرابع، الإنثرويولوجيا، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة، 1997.
13. نور الدين طوالبي- الدين والطقوس والتغيرات- ترجمة وجيه البعيني، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، الجزائر، 1988.

14. Claudine Favret –Maghreb D'autrefois, Traditions, Et Légendes – Editions : Alan Sutton, Paris, 2011.
15. MATHEA GAUDRY – La Femme CHAOUIA DE L'AURES, Editions CHIHAB, Batna, Algérie, 1998.
16. MATHEA GAUDRY – La Société Féminine au Djebel Amour, et au Ksel– société algérienne d’impressions diverses Alger 1961.

العلاج التقليدي في منطقة القبائل

أ.د. بداك شبحة، استاذة التعليم العالي
تخصص علم الاجتماع التربوي الثقافي
قسم العلوم الاجتماعية
جامعة مولود معمري – تيزي وزو

ملخص:

لا شك أن العلاج التقليدي ما زال شائعا بكثرة في منطقة القبائل من خلال ممارسة الطقوس الثقافية المختلفة والسحر كفكر ميثولوجي بدائي مازال قائما في ظل الفكر العقلاني والعلمي الذي يحاربه بشدة، ومن المعروف أن هناك عدة وصفات سحرية غريبة ومذهلة تستعمل لأغراض مختلفة منها توسيع الرزق وزيادة الفهم وتقوية الذاكرة وعلاج الأمراض المستعصية، والتوسل لدى أصحاب السلطة والعثور على مفقود في حرب ووقف صراخ طفل صغير ولزرع المحبة في الزوجين... الخ، فيبدو أن السحر اليوم بواسطة تعدد عناصره أضحى يحاول أن يبحث على إنقاذ الدين التقليدي الضعيف، ويحاول أن يضمن للفرد ما كانت تضمن له الديانات من قبل، وذلك من حيث التأثير الذي يمارسه على الأشخاص بالكلمة أو بالحركة أو بهما معا، ولقد اعترف[1] FROBENIUS. إن البربر يحتلون المرتبة الأولى من بين الأفارقة في فن تأليف القصص والاعتقاد الشائع عند القبائليين هو الخوف من الأماكن القذرة وتجنبها، لأنها تعتبر سيئة لكثرة العفاريت والأرواح الشريرة فيها (Tazulight) وهي أماكن ممارسة الطقوس السحرية.

---

1 بداك شبحة، **الممارسات السحرية للمجتمع الأمازيغي**، الجزائر: منشورات دار السعادة، 2003، ص 111.

من هذا المنطلق نغوص في سرد وشرح بعض الوصفات السحرية المستعملة عند القبائل وسبب الاعتقاد بها وممارستها في حياتهم اليومية من أجل علاج الأمراض المزمنة والمشاكل الاجتماعية.

Résumé :

Cet article expose le phénomène du traitement traditionnel dans la société kabyle en particulier dans le cadre de l'anthropologie de la sante. J'ai essayé à travers cette communication de donner une idée générale sur l'oralité populaire dans la sociologie de l'art et ses dimensions philosophiques et culturelles et la définition du concept médecine traditionnelle et ses notions. Comme j'ai expliqué quelques recettes traditionnelles et rites magiques connus dans la culture kabyle et utilises pour traiter plusieurs maladies et anomalies physiques et morales.

مقدمة

يعتبر العلاج التقليدي سلوكا شائعا في منطقة القبائل في ظل التغيرات السوسيو- ثقافية للمجتمع الجزائري عامة، وفي ظل العولمة الثقافية والثورة التكنولوجية الهائلة التي اكتسحت العالم بأسره بما فيه المجتمع القبائلي كجزء لا يتجزأ من المجتمع الجزائري، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على عجز العلاج الطبي عن إيجاد حلول مباشرة لبعض المشاكل الصحية إلى يومنا هذا وعجز العقاقير الطبية عن إعطاء النتيجة المباشرة للمريض الذي يعاني آلاما حادة، أحيانا واعتقادا من هذا المريض اليائس فإن أية وسيلة شعبية ستبقى مفيدة ومقبولة بشدة مادامت في نظره قد تؤدي إلى زوال الألم. وقد طرحت في هذه المحاولة المتواضعة فكرة عامة عن الفنون الشعبية الشفوية (التراث الشعبي الشفوي) كموضوع جوهري لسوسيولوجيا الفن والأدب، وتعرضت للأبعاد الفلسفية والثقافية لهذه الفنون من بعد اجتماعي وديني وعقائدي أو شعبي، وكذا

دور الأجداد في نقل وحفظ هذا التراث الشفوي المهدد بالانقراض، ثم تناولت مصطلح ومعنى العلاج التقليدي وبعض المفاهيم المتصلة به كالجن وكلمة مضروب أو مسكون.

هذا وذكرت في آخر المقال بعض الوصفات العلاجية التقليدية الشائعة في المجتمع القبائلي.

1 – الفنون الشعبية الشفوية (التراث الشعبي الشفوي):

يقسم بعض المختصين في سوسيولوجية الفن والأدب وبعض المهتمين بالبحوث الأنثروبولوجية الفنون الشعبية إلى قسمين: البدائية التي نشأت قبل مرحلة التاريخ وقبل ظهور الكتابة والمتحضرة التي يبدو فيها تأثير التعليم والتفكير المدرسي والتفكير العلمي واضحا، والتي تختلف فيها النظرة عن التفكير الشعبي المتسم بالسطحية المعتمدة على الحواس والشفوية من جهة وقدرته على التطور ومسايرة العصر من جهة ثانية، غير أن الاتفاق الوحيد بين علماء الاجتماع في هذا الميدان هو كون هذه الفنون كلها شفوية. ولقد ظهرت هذه الكلمة لأول مرة في الولايات المتحدة وأوروبا وإنجلترا وأطلق اسم الثقافة الشعبية من طرف (دورسون)، وكان يعني بها القيم والعادات والتقاليد وقد تستعمل كلمة (فولكلور) للدلالة عليها، وهي التي وضعها (W. Thomas) عام 1846 وتعني (معرفة الشعب)، وأما الشفوية حسب (C. Lacoste Dujardin) فهي « كل التعابير غير المكتوبة التي ينتجها فرد أو جماعة اجتماعية أدت في محتواها وشكلها أنتجت لكي تتكرر وتنتقل في وسط نفس الجماعة وتكون هكذا جزء من ثقافتها »[1].

1 Lacoste Dujardin (Camille)**, Littérature orale et l'histoire**, CRAPE, OPU, Alger, 1982, p 10.

وهي تحتل مكانا كبيرا في مجتمعنا وتشمل القصص والأساطير والوقائع والرقصات والأمثال والألحان والموسيقى الشعبية والطب التقليدي، وأصبح اليوم هذا الشكل من التعبير، ونظرا لتطور الكتابة يستعمل الوسائل التقنية كمسجل الصوت للدفاع عن وجوده ولتعويض الوظيفة التقليدية للذاكرة(1).

2 – الأبعاد الفلسفية والثقافية للفنون الشعبية:

لا ريب أن الطب التقليدي يمثل عنصرا ثقافيا شفويا ينتمي إلى التراث الشعبي المتداول عبر الأجيال، وهناك أبعاد فلسفية واجتماعية كامنة وراء مكونات هذه المفردات التراثية أو تلك، بعض المفردات التراثية بنيتها الفلسفية مجردة وتتضمن رموزا معينة ينبغي للتعامل معها السعي إلى فك مغاليقها ويشتمل الفن الشعبي على عدة أبعاد لا بدّ من دراستها عند التعرض لأي دراسة ترتبط بالفنون الشعبية، كون هذه الأبعاد هي المنابع الفكرية والمهارية والعقائدية التي بلورت تلك الفنون، ومن أهمها:

- البعد الاجتماعي: ويتمثل في التفاعل الدائم بين أفراد المجتمع، مما أكسب الإبداع في الفن الأدبي الشعبي صفة الشمول والجماعة في الفردية.
- البعد الديني: ويتمثل في الوحدة التي أوجدها الدين والتي تؤلف بين مختلف بيئاته وشعوبه، فالفن الشعبي شديد الارتباط بمفهوم الدين.
- البعد العقائدي أو الشعبي: ويتمثل في المعتقدات الشعبية القديمة كالأولياء والأحلام والزار، بالإضافة إلى التقاليد والعادات كاستخدام التمائم والتعاويذ، فلابدّ من دراسة أي مجال من مجالات الفنون الشعبية للكشف عن تلك الأبعاد من خلال دراسة الخلفية الثقافية والفنية التي شكلت تلك العوامل، وهي تعني أن «لكل شعب فنونه التي تعبر

---

1 بداك شبحة، مرجع سابق، ص 08.

عن أفكاره، فالشعب العربي له فنونه الخاصة أيضا فالإبداع والخلق ملازم للإنسان لأنه إحدى وسائل التعبير عنده »[1].

دور الأجداد في نقل التراث الشعبي إلى الأحفاد:

يعتبر دور الأجداد من الأدوار المؤثرة التي يقوم بها كبار السن في العائلة، حيث تتكامل مع أدوار الآباء في علاقاتهم بأبنائهم، وخاصة في مراحل حياتهم المبكرة ولاشك أن الدور الذي يقوم به الجد في نسق الأسرة يتوقف على قدرته، وهو دور يكمل دور الوالدين، ولكننا نجد في المجتمعات التقليدية التي يسودها نظام العائلة الممتدة في منطقة الريف القبائلي حكم الأجداد في نسق العائلات، حيث يحجم الأجداد دور الآباء في علاقاتهم وممارسة السلطة عليهم نتيجة قدرة الأبناء على كسب تعاطف الأجداد وحصولهم على مساعدات مادية. ولقد أوضحت دراسات عديدة في مجال الأسرة على أن هناك اختلافات بين المجتمعات في الأدوار ففي دراسة Rosen Mager Kohies أوضح أنه في المجتمعات الغربية الصناعية يفضل كبار السن أن تكون علاقتهم بأحفادهم عن بعد بالرغم من تفضيلهم العيش بجوارهم[2].

وفي الدراسة التي قام بها Hill للعلاقات المتبادلة في العائلة المتعددة في الفترة (1960 – 1975) ركز على أنماط التفاعل والمساعدة بين الأبناء البالغين (الجيل 2) ووالديهم (الجيل 1) وتأثير ذلك على العلاقة بين الأجداد والأحفاد (الجيل 3)، وجد أن الأجداد أكثر اعتمادا على أبنائهم وهم يأخذون أكثر مما يعطون، فالجد في العائلة الممتدة تكون له السيطرة على أبنائه وأحفاده طالما أنه يتولى المسؤولية الاقتصادية والاجتماعية للعائلة، فإنّ مؤسس

---

1 سميرة محمد الشنو، **الوحدات الزخرفية في الفن الشعبي البحريني كمصدر لتنوع الإنتاج الفني**، الثقافة الشعبية للدراسات، البحرين، 2012، ص 44.

2 فاتن شريف، **الأسرة القرابة دراسات في الانثربولوجيا الاجتماعية**، دار الوفاء، الإسكندرية، 2006، ص 92.

الأسرة هو الذي ينظم أوجه النشاط فيها ويوجهها، وخاصة بما يتعلق بالزراعة أساسا يُسوّي المنازعات ويتمتع بطاعة كاملة واحترام من الجميع.

كما أكد رادكليف برون (R. C. BRAWN) أهمية العلاقة بين الأجداد والأحفاد، ونجد ذلك خاصة في المجتمعات البدائية، حيث يسود علاقة الصداقة المتساوية بين الأجداد والأحفاد، كما يلعب الأجداد دورا هاما في التخلص من التوترات الناتجة بين الأبناء والآباء نحو ممارسة الوالدين لسلطتهم ومدى طاعة الأبناء والتزاماتهم، وفيما يتعلق بدور الجدات بوجه خاص، فإنّه من الملاحظ تقلص مساهمة المرأة الكبيرة السن (الجدة) من حيث خدمات المنزل، وخاصة عندما تتدهور صحتها، إلا أن نمط النشاط المنزلي المتعاون يبقى حيث توجد عدة نساء يتعاونّ تحت إشراف الأم، مما يجعلها تحتفظ بأهميتها الوظيفية في نسق الأسرة في حين تقوم الجدة بشراء لوازم نساء العائلة في منطقة القبائل وخاصة الملابس والذهب والمفروشات وجهاز العروس، حيث يوجد سوق السبت في منطقة (بوزڤان) لأن أغلب من يقمن بالتسوق فيه هن نساء، حيث تصحب الجدة إحدى فتياتها لتحمل معها البضائع من السوق وغالبا ما تكون في مرحلة ما قبل البلوغ، وتساعد الجدة الأمهات في تنشئة الصغار، حيث تلعب القرابة دور هام في التنشئة الاجتماعية في المجتمعات التقليدية، فالأعمام والأخوال والأجداد لهم وظائف في تربية الأطفال وهم يشاركون أبنائهم في تقويمهم واختيار الأزواج مستقبلا، وتنعكس القرابة على النشاطات الترويحية فأبناء القبيلة يقفون صفا واحدا يؤدون رقصاتهم مثلا في مختلف المناسبات فيمكن القول أن الفرد في المجتمعات البدوية يشبع أغلب حاجاته الاجتماعية في دائرة الأقارب[1].

---

1 فاتن الشريف، المرجع السابق، ص 106.

يعتقد محمد الجوهري أن الطب الشعبي من أكثر المجالات التي لها صلة وثيقة بالتراث الشعبي للمجتمع، وأن هناك تداخلا وتفاعلا متبادلا بين مختلف ميادين المعتقدات الشعبية من ناحية، وبينها وبين الميادين الأخرى من ناحية أخرى، ويعتبر هذا التداخل خاصية مميزة للثقافة الشعبية وأن العديد من الوصفات الطبية الشعبية المجربة لزمن طويل، قد تكون ذات تأثير علاجي نافع، خاصة إذا عرفنا أن الكثير من الأدوية مشتقة من نباتات طبية ومن الطب النبوي. إلاّ أنه توجد علاجات تقليدية أخرى أكثر خطورة مما تتصور فتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن بعض الممارسات العلاجية التقليدية التي تستخدم في علاج الأمراض لها فوائد مؤكدة، ومن ثمة يجب تشجيعها على الممارسات والبعض الآخر إما عديم الفائدة أو ضار ولذلك ينبغي تفاديه[1].

مفهوم العلاج التقليدي وبعض المفاهيم المرتبطة به:

ترى فاطمة أرار (1987) العلاج التقليدي على أنه تصور بدائي وسحري يسمح بتفسير منسق لكل الظواهر التي لا تجد تفسيرا في المعرفة الموضوعية. فحسب هذا التعريف يمكن استخلاص أن كل صراع اجتماعي بما فيه الصحي في إطار هذا التصور يفسر على أنه سحري وله أسباب تجد جذورها في عالم موازي، وتضيف أن التفسيرات التقليدية لها خلفيتها في الأساطير المحلية لتفسير نشأة الاضطرابات، ففي بعض الأحيان الجن هو المسؤول عن ظهورها وبعض الأحيان السحر أو العين هما السبب.

1 عمار (علي)، "**الوصفات العلاجية الشعبية في منطقة الغرب الجزائري في الثقافة الشعبية، المنظمة الدولية للفن الشعبي**"، مجلة العلوم الانسانية، البحرين، العدد 25، 2014، ص 109.

وتتحدث الباحثة موحيا. ن عن الطب التقليدي الذي تعرّفه على أنه مجموعة من المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرض والشفاء والتي يتم نقلها عبر لغتين، اللغة العربية لتلاوة القرآن واللغة القبائلية[1].

ومن خلال هذا التعريف يمكن القول أن العلاج التقليدي علاج مرتبط بمعتقدات وممارسات مجتمع ما. ومن بين المفاهيم المرتبطة بالعلاج التقليدي نذكر:

الجن: جمعه جنون، وهم كائنات ينتمون إلى التصور الشعبي الذي يرى أن هناك عالم موازي لعالمنا الحقيقي، وهو عالم غير مرئي يسكنونه الجنون الذين يملكون قدرات خارقة عن العادة ليس لهم قاعدة مادية أو عضوية، ويمكنهم أن يأخذوا أي شكل موجود وهم موجودين في كل مكان، ولكن هناك أماكن يفضلونها مثل الغارات وهناك منهم الذين يؤمنون بالله، وهناك جنون خرجوا عن طاعة الله، فهؤلاء يستعملون قدراتهم لإلحاق الضرر بالإنسان، والفكر الإسلامي يؤيد هذا التصور الشعبي حيث ذكرت كلمة الجن عدة مرات في القرآن الكريم ومنها في سورة الجن، سور الرحمن[2].

وحسب ويسمارك وشبيلهود هناك منظورين للامتلاك من طرف الجن منظور تقليدي كان شائعا ما قبل الإسلام ومنظور إسلامي، ففي المنظور الإسلامي للجن نجد؛ جن مؤمنين وجن كفار، وهناك عالم غير مرئي يحيط بنا نجد فيه رجال ونساء مثلما هو الحال بالنسبة لنا، فالجن المؤمن يمتلك الفرد ويؤدي إلى أمراض كشلل أحد الأطراف.

وريح الجن المؤمن الريح الصادر من هذه القوات هو الذي يؤدي إلى آلام جسدية، وجن كافر وهو الامتلاك الكلاسيكي أين يحتل الجن جسد الفرد، ريح

---

1 Mohia Navet (N), **Les thérapies traditionnelles dans la société Kabyle**, Paris, le Harmattan, 1993, p 21.

2 Arrar (Fatima), **L'histoire chez la femme algérienne**, thèse de Doctorat, université Paris 8, France, 1987, p 152.

الجن الكافر وهو حالة مس الجن الذي يؤدي إلى الهذيان، وتوجد 3 تسميات في اللهجة الجزائرية للدلالة على أفعال الجن، وهي:

- **مضروب:** كما تدل عليه الكلمة في هذه الحالة ضرب الفرد من طرف الجن، وهو ضحية أولئك الجنون الذين خرجوا عن طاعة الله والذين يعتدون على البشر، فيعاني الفرد من آلام لا يمكن للطب الحديث أن يجد لها علاجا تاما، فيفسر بالهستيريا.
- **مسكون:** أي هناك جن يسكن جسد الفرد المصاب فيقوم بسلوكيات مضادة لقواعد المجتمع، فيتنبأ بالمستقبل مثلا، مثل العرافات والشّوافّات.
- **مركوب:** يعني توجد علاقة جنسية بين الجن والمصاب.
- أما فيما يخص التسميات المستعملة للدلالة على المعالجين التقليديين فهي كثيرة، منها:
- **القابلة:** كلمة من أصل عربي مشتقة من جذر قبل والذي يدل على المرأة التي تساعد النساء أثناء الولادة وتتميز بمعرفتها للتقنيات العلاجية بالأعشاب، وتستعمل تقنيات تقليدية لها علاقة بالشعوذة كقياس الطفل ولف بيضة أو الملح حول رأس المريض لعلاج العين مثلا.
- **تدرويشت:** ومشتقة من اللغة الفارسية (درفش) وتعني المهبولة، ويوجد الرجل والمرأة معا وتمارس السحر وكشف الغيب[1].

1 Plantard (N), **La guerre des femmes, magie et amour en Algérie**, Paris, 1988, p 98.

- **ثمرابط:** عادة ما تدل هذه الكلمة على امرأة مرابطية وهم طائفة دينية في منطقة القبائل تتميز بمعرفة دينية، وهم أفضل مكانة من القبائل من حيث النسب، ويعالجون بالحرز.
- **ثقزانت:** وهي التي تقرأ الكف في الماضي والمستقبل وكلها مرتبطة بالسحر والشعوذة.

نقول مما سبق أن السحر ممارسة يتعامل الفرد مع قوى فوق طبيعية تكون مخفية وهي وسيلة لتغيير مجرى الأحداث.

بعض العلاجات التقليدية في المجتمع القبائلي:

يوجد ما يسمى بالسحر الأبيض ويدل على سحر ممارس من طرف المرأة التي تنزع السحور (إحشكولن)، والسحر الأسود وهو ممارس من طرف امرأة تضع السحور، وهناك فرق بين النوعين من السحر من حيث المواد المستعملة.

يتطلب عمل السحر معدات ومواد خاصة غالبا ما تحمل أسماءً غريبة أو مواد ليست في متناول الناس في حياتهم اليومية، مثل قلب هدهد أو البخور أو العناصر المقدسة كالزيوت وماء غسل الموتى، وكل العناصر الوسخة والقذرة الأخرى (أظافر، شعر شخص معين، دم حمام، أطراف، أجزاء الحيوانات، مخ الحمار، قلب الكبش والضفادع لغرس الكراهية في القلوب)، كما توجد صيغ مختلفة مخصصة للحب والزواج وطرد العفاريت، ويوجد أيضا تضرع للقمر [1].

نلاحظ أن الأمر متعلق هنا بإمكانية القمر الدخول في عالم الإنس بطيرانه، ولكي يكره أي إنسان عائلته وأسرته تعطيه الساحرة مرارة (طحال)

---

1 القول مأخوذ من الميدان من طرفنا في مقابلة علمية مباشرة مع جماعة النساء الراويات (الممثلة للذاكرة الجماعية).

الغراب لكي يرى كل شيء مرا، كما يستعمل الخفاش وسرطان الأودية للأغراض نفسها، فمثلا تقوم بشراء قلب إنسان ما ليحب شخصا آخر ويعبده ثم تتوجه للقصابة لتشتري عظام وتحضر معها حجارة من الشارع وتقول أن كل شيء يكبر وينمو، فإن قلب فلان ينمو ولا يرتاح إلا عندما يكلم ذلك الشخص المعني وتقول: "....."، ثم تحضر ضرسي قط ميت وضرس كلب ميت وضرس من هيكل عظمي بشري ورأس ديك أسود مسروق وقلب كبش أسود وتخلط الكل قائلة في كل مرة: "......"، ثم تضع الكل في مقلاة جديدة مع الخل وتتضرع للشيطان وتغلي الكل قليلا، وبعد الغد تدفن المقلاة قرب الباب الذي يمر عليه الرجل المعني.

الجدير بالذكر أن في المجتمع القبائلي يوجد نوع من السحر يدعى بـ(شوال)، بحيث إذا لم تتزوج الفتاة يقام هذا الطقس وهو يعني التصرف بعنف ويحدث يوم الاثنين والثلاثاء يوم الخطوبة أو يوم السوق، بحيث تذهب الساحرة إلى غابة وترفع ذراعها الأيمن وتديره 7 مرات مرددة كلمات وعبارات سحرية في صمت، فيمرض الرجل ولا يرتاح إلا إذا تزوج بالفتاة المعنية بالأمر، وهناك ممارسة أخرى يوم الحناء، إذ تحضرها الساحرة وتأخذ 7 حبات قمح وتمزجها بالدقيق وتقول: "....."، ثم تضعها على جبهة العروسة برفقة قطعة من نقود وتمررها على أنفها، وهذا يعني (أرجعت لك الشرف)، ثم على الشفة العليا وتقول: "......."، ثم الشفة السفلى وتقول: "....."، وهنا يكون الزوج بمثابة دمية في يدي الزوجة.

وهناك عدة عناصر أخرى تستعمل في الممارسات السحرية المختلفة كأعضاء الحيوانات التناسلية ضد العقم والفضلات ضد الإنجاب ودم الضفدع ورأس البومة وبقايا الأجسام العفنة والمسامير، ولكن لكي ينجح السحر يجب اختيار المكان والأشياء والكلمات والحركات الفعالة، كما أن هناك نوع آخر من السحر يدعى الضفائر هدفه القضاء على القدرة الجنسية للرجل بتدخل

الشياطين والنجوم، وذلك بأخذ زوجته أو الساحرة سلسلة سرواله وتعقدها 3 مرات وتدخل وتخرج من 3 أبواب وتعقد وتقول في كل مرة: "........"، وعندما تنتهي من الباب الأخير تسجد وتقول: "......"، وتقول في الابتهال أنه يجب أن يفعل ما يؤمر به ولا ينام مع أخرى لا بيضاء ولا سوداء، ولا تكون لديه رغبة إلا مع زوجته أو تلك وتذكر اسم فلانة، وهذا هو الاعتقاد بما يسمى الربيط، ذلك الإجراء السحري الذي أجرت عليه (الباحثة راضية طوالبي) تحليلا موجزا في كتابها (مربوطة) وهو تعبير يطلق على فتاة تحاط عذريتها بمحرم سحري تتخذه التمثلات الجماعية على أنه حقيقة، وتُزال الرقية السحرية ليلة الزفاف عن طريق شعار طقسي أنثوي، بحيث أن عدم وجود حل للعقدة يتضمن تصور جنسية ذات عدوانية متبادلة بين الشريكين، ويخلق صدا جنسيا وبالقبائلية يسمى (عفاس) أو (ثوقنا) ومفاده إرجاع رجل أو فتاة أعمى أمام رغبات فلان أو فلانة، وهو يقوم في المجتمع القبائلي على عبارة سحرية: "........"، تكررها الفتاة 7 مرات أثناء تطبيق عملية الربط عليها، وتعني العبارة رمز القوة والصمود من جهة وأن الحائط ليس له إحساس من جهة أخرى، وأما الجزء الثاني من العبارة فيعني أن الذي يريد لها السوء يصبح عاجز كالخيط وهو رمز للضعف، وعند الفك تُقلب العبارة: ".....".

ولقد انتشرت هذه الممارسة كثيرا في المجتمع القبائلي إبان الاستعمار للحفاظ على شرف البنات من اغتصاب الجنود الفرنسيين، كما يوجد ربط آخر هو ربط المرأة لعدم الإنجاب ويتم هذا غالبا من طرف الحساد، و(العفاس) هذا يقوم بالعناصر التالية: شعر الميت، ظفره، قليلا من شعر لحيته، فتحرق كل هذه المواد وتذوب في الماء المستعمل لغسل الميت (الجثة)، ثم تشربه الضحية، وشروط الرباط متنوعة، بحيث لكي تكون هذه الممارسة ناجعة يجب أن يتم على الفتاة قبل البلوغ وفي سرية تامة، كما يجب وجود قفل (Cadenas) يشتريه طفل صغير في السن، ويحبذ أن يكون اسمه (محمد) ولا

ينبغي أن يسأل عن ثمنه حين يشتريه ولا يفتحه أثناء الطريق، ويجب أن لا يعد الدراهم أي ما بقي منها، وعندما يمارس الرباط يجب على الضحية (الفتاة) أن تحل كل عقدة في ثيابها أو شعرها، وتنزع كل الحلي المعلقة، وتحل ضفائرها وتتجرد من كل ملابسها، وتكون إما مفتوحة أو مغلقة العينين ويجب أن تحل العقدة (الربط) من طرف الساحرة نفسها وبالطريقة نفسها، وإذا حدث وأن ماتت أو سافرت حلت محلها ساحرة لها اسم الساحرة الأولى نفسها[1].

خلاصة:

إن كلمة طقس (Rite) تشتق من الكلمة اللاتينية (Ritus) وهي عبارة تعني عادات وتقاليد مجتمع معين، كما تعني كل أنواع الاحتفالات التي تستدعي معتقدات، تكون خارج الإطار التجريبي، والطقس يقوم بتكريس ديمومة الحدث الاجتماعي أو الأسطوري الذي أوجده، فهو استنادا إلى ذلك إعادة خلق وتعيين لماضٍ غامض غالبا، لكنه يأخذ معناه عند الذين يستخدمونه على أنه فعل ديني، كذلك يكتب الباحث "فان درلو" 1940 بصدد الطقوس أنها أولا إحياء وتحسين لتجربة مقدسة، فالطقوس كما يقول « هي أساطير تترك لأن الأسطورة وهي مؤسسة الفعل المقدس، فهي تسبقه وتضمن بقاءه والقيام بأي عمل هو تجديد لتجربته الأولى »[2].

مما لا شك فيه أن المعتقدات الشعبية في الجزائر والقبائل تتبع أغلبيتها من الفهم المغلوط للدين الإسلامي، ففقدت هذه المعتقدات كثيرا من سماتها الأساسية واكتسبت سمات جديدة جعلتها تتخذ عدة أشكال وهي القوة المحركة وراء كل الأفعال الاجتماعية التي يؤمن بها الفرد منفردا أو مع الناس، كزيارة الأضرحة وإقامة الطقوس والشعائر، يختلط فيه الواقع بالوهم بسبب الاستعداد

---

1 LEVI STRAUSS (C) : **Le cru et le cuit**, Paris, 1964, p 343.

2 BOURDIEU (P) : **Sociologie de l'Algérie**, éd PUF, Paris, 1980, p 20.

الذهني والنفسي للفرد القبائلي الذي يتمثل في الاعتقاد في قدرة الأولياء الصالحين والكرامات المنسوبة إليهم.

❁❁❁

قائمة المراجع:

1. بداك شبحة، **الممارسات السحرية للمجتمع الأمازيغي**، الجزائر: منشورات دار السعادة، 2003.
2. سميرة محمد الشنو، **الوحدات الزخرفية في الفن الشعبي البحريني كمصدر لتنوع الإنتاج الفني،** الثقافة الشعبية للدراسات، البحرين، 2012.
3. عمار (علي)، **الوصفات العلاجية الشعبية في منطقة الغرب الجزائري في الثقافة الشعبية،** المنظمة الدولية للفن الشعبي، البحرين، العدد 25، 2014.
4. فاتن شريف، **الأسرة القرابة دراسات في الانثربولوجيا الاجتماعية،** دار الوفاء الإسكندرية، 2006.
5. Arrar (Fatima), **L'histoire chez la femme algérienne**, thèse de Doctorat, université Paris 8, France, 1987.
6. BOURDIEU (P), **Sociologie de l'Algérie**, éd PUF, Paris, 1980.
7. Lacoste Dujardin (Camille), Littérature orale et l'histoire, CRAPE, OPU, Alger, 1982
8. LEVI STRAUSS (C), **Le cru et le cuit**, Paris, 1964.
9. Mohia Navet (N), **Les thérapies traditionnelles dans la société Kabyle**, Paris, le Harmattan, 1993.
10. Plantard (N), **La guerre des femmes**, magie et amour en Algérie, Paris, 1988.

الطب التقليدي في المجتمع الجزائري
بين الممارسة والتشريع

د. عـواطف عطيـل لموالـدي
أستاذة محاضرة قسم (أ)
تخصص: الثقافة والتحولات البنيوية. قسم: علم الاجتماع
جامعة الشاذلي بن جديد- الطارف – الجزائر

مقدمـة:

تمثل الثقافة منتجا اجتماعيا بامتياز، إذ تشمل كل الخبرات الإنسانية والإنتاجات الاجتماعية، التي تحقق بقاء الجماعات والمجتمعات واستمرارها في الوجود، عبر التاريخ والأزمنة. وأكثر من ذلك، هي الأداة الرئيسية، للتكيف والتأقلم والتوائم الاجتماعي، وظروف وعوامل الطبيعة المتغيرة، حيث تطلبت جهودا وإرهاصات ومحاولات فكرية عديدة، تحقيقا لذلك، عن طريق أساليب وطرائق متعددة. وعمل تكرارها وتواترها بالنمط نفسه، إلى تكريسها وتوريثها من الأجيال السابقة إلى اللاحقة، ومن ثم أمكن وصف الثقافة، بأنها ثمرة الفكر الإنساني في مواجهة الطبيعة.

ولما كانت الثقافة، أسلوبا إنسانيا في التكيف والبيئة الطبيعية، التي ينتمي إليها الفرد ويتفاعل داخلها، فإن الثقافة أيضا، من تحدد نمط هذا التفاعل، وذلك من خلال ما تلزم به الأفراد من قيم ومعايير وعادات وتقاليد..، تحدد قواعد السلوك وأشكال العلاقات، بين الأفراد أنفسهم، وهو ما يصطلح علماء الاجتماع على تسميته، بالتفاعل الاجتماعي. فالممارسات والنشاطات اليومية والعادات والأعراف الجمعية، تتحدد وفق الثقافة التي تسود المجتمع، حتى الأطر التفسيرية والفكرية، تكون محددة ثقافيا. وهو ما يصنع الفرق بين جماعة

اجتماعية وأخرى، أو بين مجتمع وآخر. وعليه فإن التمثلات والتصورات الاجتماعية، بل والرأسمال الرمزي المنتج في المجتمع حول موضوعات مثل: الموت، المرض، السعادة.. تخضع للنمط الثقافي الذي هو ليس بالمتماثل والموحد، بين كل المجتمعات في العالم. لذلك شكلت الثقافة بكل مكوناتها ومحتوياتها كبنية، موضوعا خصبا لعدد غير بقليل من العلوم، لاسيما العلوم الاجتماعية، التي تهتم بدراسة السلوك الإنساني، والحياة الاجتماعية، مثل: الأنثروبولوجيا، علم النفس، وعلم الاجتماع.

وتعد الصحة من بين أكثر الموضوعات تداخلا والثقافة، خاصة مع تنامي الاهتمام السوسيولوجي بفهم العلاقة بين النسق الثقافي وموضوعات الصحة، ما أسهم في نشأة فرع علم الاجتماع الطبي في بادئ الأمر، وذلك في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ثم ما فتئ يتحول تدريجيا، إلى علم اجتماع الصحة، كون مفهوم الطب في حد ذاته، قد اخذ يتحول شيئا فشيئا، من فن العلاج والشفاء من الأمراض، إلى وظيفة المحافظة على الصحة، لدى الأفراد الأصحاء. حيث بيّن علم الاجتماع أن الصحة، لا تنحصر في جانبها البيولوجي فقط، بل تتعداه إلى الجوانب الاجتماعية والنفسية والثقافية من خلال العلاقة القائمة، بين نمط المعيشة والأمراض المتواجدة، وأن التصور الاجتماعي للمرض وطرق معالجته، إنما يتأثر بالسياق الثقافي الذي ينتج فيه. وبذلك، شكل موضوع الطب التقليدي محورا بحثيا كبيرا، ضمن هذا التخصص العلمي، لأنه يعكس بوضوح العلاقة بين الثقافة والصحة.

ويتكون الطب التقليدي، من المعتقدات التقليدية عن العلاج، والوسائل المستخدمة في الثقافات الماضية، عن طريق هؤلاء الذين ارتادوا واعتقدوا أنهم يملكون موهبة العلاج، وهو جزء من القيم والمعرفة الثقافية. وبذلك، يكون نسقا قائما على النماذج التقليدية لأشكال السلوك والميول الاجتماعيين تجاه المرض وبعض الممارسات، التي تنبع من المعتقدات الدينية والسحرية، والتي تستخدم

لتلطيف وتخفيف حدة المرض، من أجل الاحتفاظ بالتوافق والانسجام، بين الأفراد المرضى فيزيقيا أو نفسيا أو كليهما. وتنتشر طرق الطب التقليدي على مدى واسع، بين أفراد الثقافة المحلية، وتنتقل عادة بطريقة شفاهية، من الأجيال السابقة إلى اللاحقة. غير أن هذا النسق يختص بالمرونة، بحيث يسمح بإدخال أفكار جديدة حول المرض وممارسات الشفاء، والتي افترض الكثير منها، في الطب الكلاسيكي والطب الحديث. وأمام التعقد التكنولوجي، في مجالات الطب الحديث، وتكاليفه العلاجية الباهظة، تستحث المحاولات المتجددة للعودة إلى التطبيب التقليدي، خاصة التطبيب الذاتي بالأعشاب والخلطات أو التركيبات الطبيعية. بل أصبحت العديد من الدول الأوروبية والأمريكية، تقبل بطرق الطب التقليدي، وتعتمدها كبدائل مكملة، لأنظمة الرعاية الصحية فيها، مثل **الوخز بالإبر** **Acupunctures** وأصبحت تشرّع قوانينا تحدد مجالاته، وطرقه، وتحفظ استخداماته، وتضمن جودته ومأمونيته، للاستفادة القصوى منه.

لكن هذا التوجه المجتمعاتي، نحو تثمين طرق العلاج التقليدي والاستفادة منه، ليس بالمتماثل بين كل المجتمعات في العالم، رغم أن الطب التقليدي ظاهرة اجتماعية وتاريخية، عرفتها كل المجتمعات الإنسانية، على اختلاف سلالاتها ودياناتها وثقافاتها وإمكانيات بيئاتها الطبيعية، وما توفره من مصادر للعلاج. ورغم انه يمثل النمط الأصيل للطب الحديث، إلا أن الواقع يظهر تهميشه في بعض المجتمعات، من حيث الممارسات والتشريعات، وغدا شكلا باليا أو راسبا ثقافيا تجاوزه الزمن، ينبغي صرفه والتخلص منه.

إن المجتمع الجزائري وككل المجتمعات في العالم، عرف طرقا وأساليبا متنوعة في الطبابة التقليدية، بتنوع جغرافيته وثقافاته المحلية تباعا وأن معظم ممارسات الطب التقليدي فيه، مستوحاة من الطب النبوي، غير أن دوره هش ولا نشعر بأهميته في المجتمع، كنسق علاجي متضمن في النظام الصحي للدولة، مثلما هو حال العديد من المجتمعات. وإن كانت ممارساته متأصلة في

ثقافة المجتمع، وأن قدرته فائقة في شفاء أمراض مستعصية، عجز الطب الرسمي في الجزائر عن علاجها. فممارساته عشوائية، يغلب عليها الطابع الاجتهادي دون الأكاديمي، والتوجه إليه، قد يكون في معظمه اختياريا. ومن هذه المنطلقات، أردنا الاطلاع على واقع الطب التقليدي في المجتمع الجزائري كممارسة ثقافية وعلاجية، والتعرف على أهم طرق التطبيب التقليدي فيه، وكذا تموقعه في التشريعات القانونية للدولة الجزائرية، وبالتالي الكشف عن أوجه التكامل الوظيفي، أو الخلل الوظيفي بين الطب الحديث الرسمي والطب التقليدي الشعبي في الجزائر ومدى الاستفادة منه.

أولا- ضبــط المصطلحــات:

إن ضبط المصطلحات وتحديد دلالاتها، يعد مرحلة أساسية قبل الخوض في دراسة أي موضوع، لذلك نجد من المهم، أن نعرض المفاهيم المركزية وكذلك ذات الصلة. على النحو التالي:

1- الثقافــة:

يعد مفهوم الثقافة من أكثر المصطلحات تعقيدا، في حقل العلوم الاجتماعية، لعدم وجود اتفاق علمي حول تحديد تعريف جامع مانع وشامل حوله، فقد تعددت تعريفات الثقافة، بقدر تعدد الباحثين وعلى اختلاف مشاربهم العلمية، حيث تخصص البعض، في رصد نشأة المفهوم وتطوره من الناحية التاريخية، فيما ركّز البعض الآخر، على الجانب المعرفي له. أما عالما الأنثروبولوجيا الأمريكيان **ألفريد كروبير A.L.Kroeber** و**كلايد كلاكهون C.Kluckhohn** فقد قاما بإحصاء تعريفات الثقافة، القديمة منها والمعاصرة في بداية خمسينيات القرن العشرين، والتي تجاوزت وقتها 160 تعريفا، ولا شك أنها تربو اليوم على 200 تعريف، أما ما تم اكتشافه من الثقافات في العالم فهو يزيد عن 3000 ثقافة. هذا، وقاما العالمين بتفيئة هذه التعريفات إلى سبعة فئات

أساسية: "وصفية، تاريخية، تقييمية سيكولوجية، بنيوية، تكوينية، وجزئية غير كاملة"1.

ولا شك أن أقدم التعريفات وأكثرها ذيوعا إلى يومنا هذا، التعريف الذي صاغه الأنثروبولوجي البريطاني **إدوارد بيرنت تايلور E.B.Tylor** (1832-1917) والذي قدّمه في كتابه **الثقافة البدائية Primitive Culture** عام **1871**، وهو يعرّف الثقافة كالتالي: "ذلك الكل المركب، الذي يحتوي على المعرفة والاعتقاد والفن والأخلاق والقانون والعادات والتقاليد، وأي قدرات أخرى تكتسب بواسطة الإنسان باعتباره عضوا في المجتمع"2. إن هذا التعريف يظهر مشتملات الثقافة، إذ هو وصف لمكوناتها المادية واللامادية أكثر منه تعريفا معياريا لها. وأن الثقافة وفق هذا التعريف، تكتسب بعدا جماعيا (باعتباره عضوا في مجتمع). ومنذ ذلك الحين، صيغت تعريفات عديدة، يصعب حصرها، لذلك سوف نخص بالذكر أهمها.

يعرّف **كارل ماركس K.Marx** الثقافة بأنها: "كل القيم المادية والروحية ووسائل خلقها، واستخدامها ونقلها، التي يخلقها المجتمع من خلال سير التاريخ"3. يبرز هذا التعريف الطابع الشمولي للثقافة، على غرار تعريف تايلور لها، وهو يحدد بوضوح أهم مكوناتها، وأنها ظاهرة تاريخية، ترتبط بالمجتمع الذي ينتجها. بينما يعرّفها **منتاجو Montagu** بأنها: "استجابة الإنسان لإشباع حاجاته، فهي الوسائل التي يلجأ إليها الإنسان لإشباع تلك الحاجات"4. وهو تعريف يظهر أن الثقافة ليست فطرية لدى الأفراد، فهي مكتسبة، وذلك من

---

1 عبد الغني عماد، **سوسيولوجيا الثقافة (المفاهيم والإشكاليات...من الحداثة إلى العولمة)**، مركز دراسات الوحدة العربية-بيروت، ط1، 2006، ص 28.

2 محمد احمد بيومي، **المجتمع والثقافة والشخصية (دراسة في علم الاجتماع الثقافي)**، دار المعرفة الجامعية – الإسكندرية، 1986، ص 84.

3 عبد الغني عماد، مرجع سابق، ص38.

4 إبراهيم مذكور وآخرون، **معجم العلوم الاجتماعية**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975، ص 199.

خلال التركيز على وسائل إشباع الحاجات الإنسانية. ومن ثم، فهي كل ما تضيفه العبقرية البشرية إلى الطبيعة، لتعديلها واستخدامها أو تنميتها. وفي هذا السياق، عرّف **مالينوفسكي Malinowski** الثقافة عام **1931** بأنها: "تشمل المهارات الموروثة، والأشياء، والأساليب والعمليات الفنية، والأفكار والعادات والقيم"1. وهذا التعريف يظهر أن الثقافة موضوع يندرج ضمن حقل العلوم الاجتماعية، لأنه يخرج من مجال البيولوجيا إلى مجال العلوم الاجتماعية مركزا في ذلك على العادات الجمعية. أما عالم الأنثروبولوجيا الفرنسي **كلود ليفي شتراوس Claude Levi Strauss** فإنه يستخدم "الثقافة في مقابل الطبيعة مقابلا النيئ بالمطبوخ "2.

فيما يتميز تعريف **كروبير** و**كلاكهون** الشمولي، بإبراز النظرة السيكولوجية للثقافة، وكذلك النظرة البنيوية لها، إذ تتكون الثقافة حسب تعريفهما "من نماذج ظاهرة وكامنة، من السلوك المكتسب، والمنتقل بواسطة الرموز، والتي تكوّن الانجاز المميز للجماعات الإنسانية، والذي يظهر في شكل مصنوعات ومنتجات. أما قلب الثقافة فيتكوّن من الأفكار التقليدية (المتكونة والمنتقاة تاريخيا) وبخاصة ما كان متصلا منها بالقيم. ويمكن أن نعد الأنساق الثقافية نتاجا للفعل من ناحية، كما يمكن النظر بوصفها عوامل شرطية محددة لفعل مقبل"3. ولا غرو في أن يكون تعريفهما شاملا ودقيقا، كونه مقتبس عن ما يزيد على 160 تعريفا، صاغه علماء ينتمون إلى تخصصات علمية متعددة.

وفي عام 1972 انعقد المؤتمر العام الثقافي لحكومات أوروبا الشرقية، تحت إشراف منظمة اليونسكو في هيلسنكي، وبالرغم من تركيز اهتماماته، في الحفاظ

---

1 محمد عباس إبراهيم، **الثقافة الشعبية (الثبات والتغير)**، دار المعرفة الجامعية– الإسكندرية، 2009، ص ص 22-23.

2 سمير إبراهيم حسن، **الثقافة والمجتمع**، دار الفكر – دمشق، 2007، ص 34.

3 عبد الغني عماد، مرجع سابق، ص 32.

على الهوية الثقافية للقارة الأوروبية، إلا أنه لم يقع الاتفاق، حول تعريف للثقافة، التي يجدر الحفاظ عليها. ولكن بعد مضي عشرة سنوات وتحديدا في إعلان مكسيكو عام 1982،اتفق المجتمعون على تعريف عام ينصص على أن الثقافة بمعناها الواسع، يمكن النظر إليها على أنها: "جميع السمات الروحية والمادية والعاطفية، التي تميز مجتمعا بعينه، أو فئة اجتماعية بعينها. وهي تشمل: الفنون والآداب وطرائق الحياة..، كما تشمل الحقوق الأساسية للإنسان ونظم القيم والمعتقدات والتقاليد"1.

2- الثقافـة المحليـة:

يستدعي تعريف الثقافة المحلية، ضرورة التعريف بالمجتمع المحلي أولا نظرا لارتباطها به. فما هو **المجتمع المحلي** (ماذا يقصد به)؟

إن المجتمع المحلي مصطلح ألماني، وضعه عالم الاجتماع الألماني **فردناند تونيس F.Toennis** ضمن كتابه **Gemeinschaft und Gesellschaft** وقد ترجمه العالم الأمريكي **لوميس** إلى الانجليزية تحت عنوان **Community and Society** والمصطلح الانجليزي الذي يطابق المصطلح الألماني هو **Community** بمعنى "مجتمع محلي أو خاص"2. يستخدم **تونيس** هذا المصطلح للدلالة على نموذج أو شكل اجتماعي معين. وذلك لأن تصنيفه للنماذج الاجتماعية، يرتكز على التمييز بين نموذجين اجتماعيين، هما:

- **Gemeinschaft:** ويقصد به الجماعات المحلية والخاصة. وهي وحدة محدودة النطاق الإيكولوجي والديموغرافي، وهي خاضعة لسلطان الدين والأعراف والمتواضعات الاجتماعية تسيطر على أفرادها العواطف والمشاركات المجتمعية، وتسودها روح التضامن والتعاون التلقائي، وتعتبر الأسرة أو الثلة، اللبنة الأولى

---

1 سمير إبراهيم حسن، مرجع سابق، ص 35.

2 إبراهيم مذكور وآخرون، مرجع سابق، ص 516.

في تركيبها. وينطبق هذا النموذج أيضا على الجماعات الأولية والعشائر والبطون والقرى..، حتى الفرق الصوفية والدينية، وغيرها من التجمعات الاجتماعية، التي تتوافر فيها خصائص هذا النموذج.

- **Gesellschaft:** ويقصد به المجتمع العام. يمتاز بأن الكل الاجتماعي، عبارة عن تركيب صناعي معقد، يتكون من وحدات أو جماعات كثيرة، وهيئات ومنظمات، قامت معظمها على أساس إرادي، وليس تلقائي، ولذلك تكون الروابط الاجتماعية فاترة وغير متكاملة، والعلاقات الاجتماعية قائمة على الحذر والمصلحة الخاصة، وانتشار المتناقضات بين فئاته وهيئاته، والصراعات المشروعة وغير المشروعة، إلى جانب النزعات الإنتهازية.

وتجدر الإشارة حول هذين النموذجين، أنهما يتعايشان معا، ويتواجدان معا ضمن الظروف الزمكانية نفسها، حيث يشكل المجتمع المحلي، احد وحدات المجتمع العام. وإذا كانت المنتجات الاجتماعية والخبرات المتراكمة في المجتمع العام، تعرف بالثقافة، فإن هذه المنتجات الاجتماعية في المجتمع المحلي تعرف بالثقافة المحلية نسبة إليه، والتـي يصطلح الكثير من علماء الاجتماع على تسميتها بالثقافة التقليدية.

تعرّف **الثقافة المحلية** أو **التقليدية** بأنها "تلك الثقافات التي ترتكز بصورة أساسية، على التقاليد والعادات المستمرة، في حياة جماعة ما، بما يصاحبها من نظم القيم والأخلاق والتصورات والمفاهيم، التي كانت تنتقل بالتوارث الاجتماعي، عن طريق التنشئة الاجتماعية والتربية عبر الأجيال وهي نوع من التجربة المتكاملة، لنوع من الحياة، ولنظام من القيم، خاص بمجتمع معين"[1].

---

1 سمير إبراهيم حسن، مرجع سابق، ص 60.

فالثقافة المحلية هي كل تلك التقاليد والأشياء، التي تمتلكها وتمارسها الجماعة المحلية، أو المجتمع المحلي، والتي تتميز- غالبا- بعفويتها، وحميمية الممارسة التي تظهر بها. ومن مميزاتها، ذلك الشعور العاطفي المشترك، بأنها من ابتكار الجماعة، ومن الإبداعات الحقيقية لها.

إذن، هي ثقافة محافظة وساكنة، تتسم ببطء تغيرها، ومقاومتها للتحديث كونها تخضع -وبشكل دائم- إلى ضغط العادات الجمعية والتقاليد، وبنوع من سيطرة الماضي، والنزوع إليه. لذلك، يعتبرها البعض ثقافة متأخرة، خلافا للثقافة الحديثة، التي ترنو إلى المستقبل، حيث تمتاز بتقلص الولاءات العائلية والعشائرية والقبلية، السائدة في المجتمعات المحلية، كون الأفراد ينخرطون فيها من مشارب وأصول مختلفة: دينية وجغرافية وعرقية وفقا لعلاقات انتماء حديثة تقوم غالبا على المصالح الخاصة بينهم. وهي لذلك، تعتبر ثقافة إبداعية ومتجددة، وبالتالي ديناميكية وتقدمية.

هذا، وتختص الثقافة المحلية أو التقليدية، بكونها موروثا اجتماعيا خالصا وهو يشكل وحدة متآلفة ومتداخلة معا، في آن واحد، إذ أن كل العناصر المكونة له، متفاعلة فيما بينها، بحيث يصعب الفصل بينها في عالم الواقع فالعادات الجمعية تعكس معتقدات تخص مجتمع ما، في ممارسة عادة معينة علاوة على تداخل وتفاعل العناصر المادية والعناصر الروحية معا. ويشتمل التراث الثقافي المحلي على ما يلي: التقاليد والعادات والأعراف الاجتماعية والقيم الثقافية، ووسائل التكيف والظروف الطبيعية والاجتماعية، كما تتضمن أيضا، الحرف والصناعات اليدوية والفنون والعمارة التقليدية والزراعة، وطقوس العبور والأفراح والمآتم، الأمثال والحكم والألغاز والألعاب، ومختلف الطرق التقليدية في الطب الشعبي. هذا الأخير الذي يمثل تجليا صريحا للثقافة المحلية، إذ هو الممارسة الاجتماعية للطب بل أكثر من ذلك، إنه الموروث الثقافي المحلي في مواجهة المرض.

3- الطب التقليـدي أو الشعبـي:

يعرّف **فوستر Foster** الطب التقليدي أو الشعبي بأنه: "مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات والوسائل والأساليب، التي يستخدمها أفراد المجتمع لعلاج مرضاهم"1. ويعرّفه **جيمس كير كيلاند** بأنه: "تلك المعتقدات والممارسات، المرتبطة بالمرض، والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد، عن الإطار التصوري للطب الحديث"2. فيما تعرّف المنظمة العالمية للصحة الطب التقليدي بأنه: "مجموعة الممارسات والمناهج والمعارف والمعتقدات الطبية، التي تتضمن استخدام الأدوية والأساليب العلاجية الروحانية، والتقنيات اليدوية والتمارين القائمة، على النباتات والحيوانات والمعادن، والتي تُطبق بصورة فردية أو جماعية، للمداواة والتشخيص والوقاية من الأمراض، أو الحفاظ على الصحة"3. إن هذه التعريفات المدرجة، حول الطب التقليدي، تظهر العلاقة الوطيدة بين الثقافة بمختلف مكوناتها والممارسة الطبية المتعارف عليها في المجتمع، والتي تكون بعيدة عن أساليب العلاج الحديثة. مع العلم أن انتشار الطب التقليدي، يعتمد أساسا على النقل الشفهي للوصفات والطرق الشعبية، من جيل إلى آخر. وعليه فالطب التقليدي تراث ثقافي، وهو لذلك لا ينفصل عن عادات ومعتقدات الجماعة التي تمارسه. وهو يختلف من مجتمع إلى آخر، بحسب الثقافات المنتجة له. فالطب التقليدي والحال هذه، هو منتوج الثقافة المحلية بامتياز وليس منتوجا علميا صرفا، أو

---

1 محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة- عمان، ط1، 2009، ص 77.

2 المرجع السابق.

3الطب التقليدي **http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs/fs134/en/index.html**

وليد العلوم الطبية والتقنية الحديثة في العلاج، أو هو مختلف الممارسات الثقافية، التي خبرها المجتمع الإنساني في مجال التطبيب، والتي لا تستند إلى مرجعية علمية، أو تكون مبنية على تفاسير علمية. وهو بذلك نقيض **الطب الحديث.**

كما يعرف **الطب التقليدي** بمسميات أخرى، منها: **الطب الفولكلوري** أو **الطب الشعبي، الثقافة الصحية الشعبية، الطب العرقي** أو **طب السلالات الطب المألوف، طب الركة** "**الخزعبلات**" و"**الوصفات الشعبية الركيكة**"[1]. هذا ويفرق البعض بين الطب التقليدي و**الطب البدائي،** على اعتبار أن الأخير يمثل النمط الأصيل، الذي استخدمته المجتمعات الفطرية في ممارسة العلاج وهو يعتمد في ذلك، على الممارسات السحرية، والقوى فوق الطبيعية. أما الطب التقليدي فإنه يستقي طرقه العلاجية، من موروث الثقافة المحلية (المعتقدات والمعارف..) التي تنتشر بين الأفراد. أو قد يكون نتاج تفاعل كثير من أنماط الطب، المنبثقة من ثقافات أخرى. و"عند تبنيه خارج ثقافته المحلية كثيرا ما يسمى الطب التقليدي **الطب البديل** و**التكميلي**"[2]. ومع ذلك، تجد رواسب الطب البدائي، موضعا لها في ممارسات الطب التقليدي، حيث تصاحب الممارسات والصيغ السحرية بعض أساليب العلاج التقليدي.

ثانيـــا: نشـــأة الطب التقليدي/ أو الشعبي وأنواعـــه

بداية، يجب أن ندرك بأن طبيعة الأمراض التي تصيب الإنسان تترنح بين الجسدية وغير الجسدية(روحية)، مما يتطلب نوعين مختلفين من العلاج علما أن النوعين قد مارستهما المجتمعات القديمة، بل وكانا في كثير من الأحيان يتداخلان معا، ويتكاملان وظيفيا فيما بينهما، وهما يتمثلان في الطب

---

1 محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص 78.

2 op.cit. الطب التقليدي

العشبي والطب السحري– الديني. وفيما يلي، سوف نفرد مبحثا مستقلا لكل نوع، نظهر ضمنه: نشأته وخصائصه ومجالات استخداماته، عبر التاريخ البشري.

النوع الأول: الطب العشبـــي/ أو الطب الشعبـــي النباتـــي

اعتمد الإنسان البدائي، منذ العصور القديمة، على ما تنتجه البيئة الطبيعية، التي يتواجد فيها وينتمي إليها، من نباتات ومواد طبيعية، في علاج العديد من الأمراض والأسقام، ولما كان الإنسان مرتحلا في بدايته فقد كان لصيدلية الطبيعة، فروعا في كل مكان، "وحينما يصاب فرد من الجماعة بمرض، كان يجد الترياق اللازم، في أعشاب المروج والأحراش المجاورة فيصنع منها الشراب والمراهم الشافية"**1**. غير أن الحيوانات كانت أول من استفاد منها قبل الإنسان، وهذا ما أفاد به بعض الباحثين، منهم **جارفيس،** حيث نبهت الحيوانات الإنسان، إلى طرق الاستفادة من بعض النباتات، من خلال سلوكها الغريزي، حيث لاحظ أن "الحيوانات المفترسة حال إصابتها بمرض معين، تنشد العزلة والراحة التامة، ثم تعتمد في معالجة مرضها وخمولها، على تناول نباتات معينة، تنتقيها من الطبيعة بعدها تنطلق لتتجول في الهواء الطلق النقي"**2**. كما لاحظ أيضا، أن "الحيوانات التي تتعرض للسع الأفاعي السامة، تسرع للعثور على عشبه خاصة، تأكل من جذورها، التي تحتوي على مواد مضادة لسم الأفاعي. وأن الحيوانات المصابة بالحمى، كانت ترقد في الأماكن الظليلة الرطبة، بالقرب من مصادر المياه"**3**. ومن خلال هذه المشاهدات المتكررة حاكت المجتمعات البدائية، سلوك الحيوانات الغريزي، وطوّرت أساليب علاجية نابعة من ثقافاتها البسيطة، في التصدي لظاهرة المرض.

---

1 د.س. جارفيس، **الطب الشعبي**، ترجمة: أمين رويحة، دار القلم– بيروت، ط3، 1974، ص 1.

2 المرجع السابق.

3 المرجع السابق.

وبذلك، حققت المجتمعات الإنسانية – عبر سيرورتها التاريخية – نجاحا مذهلا، من خلال استخدامها لمستخلصات الأعشاب، في علاج الأمراض الجلدية، الصدرية والمغص الكلوي..، وبالتالي كان ينظر للنباتات، على أنها قوى شافية، وهبتها الطبيعة للبشر. وتبين الدراسات المنجزة في هذا المجال، أن الحضارات الإنسانية الكبرى، قد استخدمت مواد الطبيعة، في علاج العديد من حالات المرض، حيث استخدم المصريين القدامى، المستخلصات النباتية في صناعة الأدوية، مثل: **التمر، التين زيت الخروع** و**حامض العفص**. كما استخدموا مستخلص **جوزة الأكاسيا** في علاج الحروق. وقد تمكنت المجتمعات وقتها، من تمييز خواص المستخلصات النباتية، منها "ذات الوظائف المنشطة ومنها ذات الوظائف المخدرة، مثل نبتة **Rauwolfia serpentina** التي تعد أول مسكّن، في ميدان العملية الجراحية، كذلك نبات **القنب الهندي** و**نبات البنج** اللذين يستعان بهما في التمهيد لعملية التخدير، وقد ورد ذكرهما في أعمال كل من الطبيبين **Charaka** و**Susruta** وهما يمثلان معا أعمدة الطب لقدامى الهندوس، في الفترة الممتدة من 1000 إلى 1500 سنة ق.م. إضافة إلى مستحضرات من أعضاء وإفرازات الحيوانات، التي اشتهر الصينيون في إعدادها"**1**.

ومن ثم، يعتبر **الطب الشعبي النباتي Natural Folk Medicine** أو ما يعرف أيضا ب**الطب العشبي Herber Folk** أقدم أنواع الطب التقليدي وأكثره شيوعا. ويذهب **دون يودر Don Yoder** إلى أن هذا الفرع، يعكس رد فعل الإنسان، أو استجابته لبيئته الطبيعية، والتي يلجأ فيها لاستخدام الأعشاب والنباتات والمعادن في علاجه، وحتى بعض صنوف الحيوان. وحسب **منظمة الصحة العالمية W.H.O** فإن الأعشاب الطبية تعد الأدوية الأولية لحوالي ثلثي

1 Encyclopédie Encarta 2002, **(article : Médecine)** Microsoft, tous droits réservées.

سكان العالم، حيث ثبتت نجاعتها خارج الثقافات المحلية المنتجة لها، وهي بذلك ليست مقيدة أو معترف بها، في حدود مكانية دون أخرى، بل يمكن ممارستها وتطبيقها بنجاح، في مختلف الأماكن، وهذا يفسر دون شك، انتشارها بين جماعات محلية عديدة. ويساند انتشار هذا النوع من الطب التقليدي التجربة والمعرفة العلمية، بخصائص النباتات وفوائدها وقدراتها العلاجية. وأثمر ذلك بظهور **طب الأعشاب Phytotherapy**.

وعلى سبيا المثال لا الحصر، نذكر: شجرة **الجرافيولا Graviola** أو ما تعرف أيضا بـ **الشيريمويا** أو **غوانابانا Guanabana** أو السرسب **Soursop** أو **فاكهة القشطة**، اسمها العلمي هو **أننونا موريكاتا Annona muricata** حيث أثبتت نتائج الأبحاث العلمية والمخبرية، التي أجريت على هذه الفاكهة أن مستخلصاتها تقوم بالقضاء على خلايا السرطان، بشكل آمن وفعّال، دون حدوث الأعراض الجانبية، للعلاجات الكيميائية التقليدية، مثل: الغثيان، تساقط الشعر، فقدان الوزن. كما أنها تعمل على حماية الجهاز المناعي، لاحتوائها على مجموعة كيميائية، يصطلح على تسميتها علميا **Annonaceous acetogenins**. والتي أظهرت أن لها مفعولا قويا، ضد الأمراض السرطانية والأورام المختلفة، وأيضا ضد العديد من الفيروسات. ومن ثم، تمكنت إحدى شركات الدواء الغربية، من إنتاج عقار من مستخلصات الجرافيولا يسمى **Graviola Liquid Extract** ويدعى أن له قدرة في علاج السرطان. كما عنيت بعض شركات الدواء، ومراكز الأبحاث في أمريكا وآسيا، بصناعة مكملات غذائية من مستخلصات الجرافيولا، تحمل التسمية نفسها"[1].

---

1 قامت الباحثة بتلخيص محتوى المقالتين التاليتين:

- نبات القشطة **http://www.alexagri.net**
- الجرافيولا **http://v.eldwly.net**



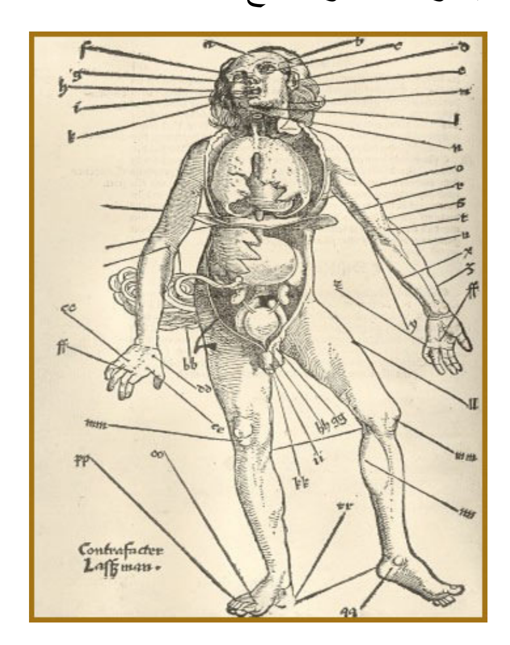
فاكهة الجرافيولا أو الشيريمويا

وإلى جانب التداوي بالأعشاب، فإن المجتمعات الإنسانية، كانت تلجأ إلى طرق أخرى مكملة، في علاج الأمراض الجسدية أو الظاهرة، والتي استعصى علاجها بمواد الطبيعة وحدها، مثل القروح والكسور. فقد أثبتت دراسات علم التشريح والحفريات وعلم الآثار، أن المجتمعات البدائية، وإن كانت تجهل عوامل المرض، كانت تستخدم أدوات بسيطة للجراحة، وتجبير الكسور وهذا ما أظهرته بقايا العظام الدفينة، التي عثر عليها في مناطق مختلفة من العالم، وهي تعود لعصور سحيقة. وسوف نأتي على ذكر أهم طرق العلاج اليدوية، فيما يلي:

1- الفصـد (الفصـادة):

الفصد في التراث الطبي التقليدي، هو التخلص من الدم الفاسد عن طريق شق العروق أو بعض الأوردة، والتي تكون مواضعها معروفة لدى الأطباء الشعبيين. وتعد عملية الفصد من بين العمليات الدقيقة، ولا يقوم بها إلا مطبب ماهر، من ذوي الخبرة الكبيرة والممارسة والدراية التامة بأماكن الفصد والأمراض الشائعة، التي تتناسب في علاجها وهذه العملية وتستخدم في ذلك آلات طبية، وشفرات حادة معقمة، كي لا تنقل الأمراض عن طريق الدم. وتصل أوردة الفصد في جسم الإنسان- حسب المطببون الشعبيون- إلى أكثر

من ثلاثين وريدا أو عرقا، تتوزع بين الرأس واليدين والرجلين وبعض أجزاء الجسم، ولكل عرق اسم معلوم، وكذا الأمراض التي يفيد فيها. مثل: عرق النسا، أمراض الكبد والطحال والصداع[1].



مواضع الفصد في جسم الإنسان

لقد عرف الفصد منذ عصور قديمة، في الشرق الأقصى، في الصين والهند وكذلك مصر، حيث ذكر في أوراق البردي الفرعونية، كما خصص له كل من **أبوقراط** و**جالينوس** مقالة مفردة. ومنذ ذلك الوقت، حتى بداية القرن العشرين، خضع الطب لمذاهب شتى، وجدت كلها في الفصد وسيلة لعلاج الإنسان ووقايته، من أمراض عديدة. كذلك، طبّق الأطباء المسلمون في عصر نهضتهم (العصور الوسطى) الفصد، مؤكدين أثره الوقائي، ويؤكد **ابن سينا** ذلك في قوله: "يجب أن تعلم أن هذه الأمراض ما دامت مخوفة ولم يوقع فيها

---

1 الفصادة، الفصد نقلا عن موقع الطب الشعبي
http://cupping.khayma.com/fassed/humanAnatomy.htm

إباحة الفصد فيها أوسع، فإن وقع فيها ليترك الفصد أصلا"[1]. ويرى **أبو القاسم الزهراوي** أن الفصد، إما أن يستعمل لحفظ الصحة، وإما أن يستعمل في علاج الأمراض. علما أن **الفصد الوقائي،** قد شاع استخدامه في أوروبا أيضا حتى ظهور الطباعة عام **1462**م. أما **الفصد العلاجي**، فقد شملت استطباباته جميع الأمراض تقريبا، وتفاوتت سعة وضيقا، من زمن إلى آخر. فيما عرف الفصد أوج تطبيقه، بداية القرن التاسع عشر، حيث كان **75%** من نزلاء المستشفيات يفصدون في أوروبا، حتى أن مجلة الجراح الشهيرة **Lancet** أخذت اسمها من أداة الفصد.

وفي عام **1840**م كتب **Boulland** عن الحمى الرثوية، وأثبت أنها غالبا ما تؤدي إلى التهاب القلب، وكان يرى أن الفصد يقي المريض من هذا الاختلاط الخطير. وفي عام **1892**م كتب **Osler** بأن الفصد علاج جيد للالتهابات، وأنه قد ينقذ حياة المريض، من التهاب الرئة. لكن، ولم ينتصف القرن العشرين حتى أغفلت كتب الطب الفصد، وغدا مذهبا مندثرا، من مذاهب العلاج، بعد أن مارسته المجتمعات خلال 25 قرنا، خاصة لمعالجة ارتفاع الضغط، وتعزيز المناعة، والوقاية من الأمراض. غير أن الفصادة تمارس اليوم، وعلى نطاق واسع، بأسلوب مغاير، وتحت مسمى آخر هو **التبرع بالدم،** حيث ثبت سريريا أن الأفراد الذين يتبرعون بدمهم، في فترات منتظمة، هم اقل تعرضا لأمراض القلب والأوعية، مقارنة بغير المتبرعين[2]. مع العلم، أن البعض يصنفون الفصد، ضمن أنواع الحجامة، وأنهما يتداخلان ويتكاملان وظيفيا، إذ يعالجان تقريبا، الأمراض نفسها.

2- الحجامـــة:

---

1 المرجع السابق.

2 المرجع نفسه.

الحجامة هي حرفة وفعل الحَجَام، والحَجْمُ: المَصّ. يقال: حَجَمَ الصبي ثدي أُمه إذا مصه. والحَجَّامُ: المَصَّاص. قال **الأزهري:** يقال للحاجم حَجَّامٌ لامْتِصاصه فم المِحْجَمَة؛ قال **ابن الأثير**: المِحْجَم ، بالكسر، الآلة التي يجمع فيها دم الحِجامة عند المصّ، قال: والمِحْجَمُ أَيضا مشرط الحَجَّام؛ ومنه الحديث: لعقة عسل أَو شرطة مِحْجَم**1**. علما، أن الحَجَّام في اللهجة التونسية يعني الحلاّق، نسبة إلى المحجم، الذي يستخدمه في الحلاقة.

عرفت الحجامة منذ القدم، لدى الصينيون والبابليون والفراعنة، ودلت آثارهم وصورهم المنحوتة، على استخدامهم الحجامة في علاج بعض الأمراض وكانوا في السابق يستخدمون الكؤوس المعدنية وقرون الثيران وأشجار البامبو لهذا الغرض، وكانوا يفرغونها من الهواء بعد وضعها على الجلد، عن طريق المص ومن ثم استخدمت الكؤوس الزجاجية، والتي كانوا يفرغون منها الهواء، عن طريق حرق قطعة من القطن، أو الصوف داخل الكأس**2**. واستخدمت الحجامة في بداياتها، في علاج الدمامل، وسحب الدم والقيح منها. ثم تطور استخدامها لعلاج أمراض أخرى، وكان الصينيون يستخدمون **الكؤوس الدافئة Hot Cupping** في معالجة البرودة. كما كانت توصف لعلاج آلام المفاصل والعضلات على وجه الخصوص، والحالات المرضية المرتبطة بالبرودة. هذا وعرفت الحجامة كذلك، بأنها أحد صنوف الطب النبوي، حيث برع المسلمون في استخدامها، وأفادوا منها في علاج أمراض عديدة.

---

1 الحجامة: نقلا عن موقع الطب الشعبي
http://cupping.khayma.com/hejama/typecupping.htm

2 المرجع السابق.



الحجامة باستخدام طريقة الكؤوس الهوائية

2-1- الحجامـــة احد أنواع الطب النبـــوي:

إن **الطب النبوي** يشمل كل أساليب العلاج الطبي، التي أثرت عن الرسول صلى الله عليه وسلم، بما فيها استخدام مواد الطبيعة، التي ورد ذكرها في القرآن الكريم، أو ثبتت عنه في الأحاديث النبوية الشريفة. مثل: التين الزيتون وزيته، التمر وعسل النحل الطبيعي..، إضافة إلى الحجامة. فقد اظهر تاريخ الطب الإسلامي، أن الحجامة كانت معروفة ومتداولة بين المسلمين، وأن **الرسول محمد صلى الله عليه وسلم،** قد عولج بها حال مرضه، وأنه قد حبّب استخدامها، لفعاليتها ونجاعتها. ونذكر في هذا السياق الحديث الذي رواه البخاري في صحيحه عن سعيد بن جبير عن ابن عباس – رضي الله عنهما- قال: "**الشِّفَاءُ فِي ثَلاثَةٍ شَرْبَةِ عَسَلٍ وَشَرْطَةِ مِحْجَمٍ وَكَيَّةِ نَارٍ، وَأَنْهَى أُمَّتِي عَنِ الْكَيِّ**". وفي رواية أخرى عن أحمد عن سمرة بن جندب قال: رأيت رسول الله صلى الله عليه وسلم وهو يحتجم بقرن، ويشترط بطرف سكين، فدخل رجل من شمخ، فقال له: "لِمَ تُمَكِّنُ ظَهْرَكَ أَوْ عُنُقَكَ مِنْ هَذَا يَفْعَلُ بِهَا مَا أَرَى؟ " فَقَالَ: "**هَذَا الْحَجْمُ وَهُوَ مِنْ خَيْرِ مَا تَدَاوَيْتُمْ بِهِ**".

يظهر الحديث النبوي، أبرز الطرق العلاجية في تلك الفترة التاريخية وتمثل الحجامة طريقة ناجعة للشفاء، كما يظهر أيضا بساطة المواد المستخدمة في الإستطباب وقتها، حيث كان المسلمون يستخدمون قرن الثور في الحجامة وهي طريقة تقليدية، لا تزال متداولة في مجتمعات الخليج العربي، إلى يومنا هذا، ففي دراسة أجراها **محمد عباس إبراهيم،** حول **الطب الشعبي في الإمارات،** تبين أن الأفراد يستخدمون قرن الثور في الحجامة وهو ما يفسر أن هذه الطريقة، متضمنة في الثقافة المحلية، لمجتمعات الخليج العربي، من جهة ومن جهة أخرى، كونها تندرج ضمن الطب النبوي، الذي يحظى بتثمين اجتماعي، بل وبقداسة اجتماعية، في العلاج بين كل المسلمين، وهم يحافظون عليه، من خلال توارثه عبر الأجيال باعتباره إرثا ثقافيا- دينيا، ولأنه محفوظ أيضا في النصوص الشرعية.

وللحجامة في الطب النبوي أوقات معلومة، حددها الرسول صلى الله عليه وسلم، من خلال حديثه الذي رواه ابن ماجة، عن نافع عن ابن عمر قال: "يا نافع قد **تبيّغ** بي الدم (يقصد به هيجان الدم حين تظهر حمرته في البدن ومن ذلك الشعور بالصداع والدوار) فالتمس لي حجاما، واجعله رفيقا إن استطعت ولا تجعله شيخا كبيرا، ولا صبيا صغيرا، فإني سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: "**الْحِجَامَةُ عَلَى الرِّيقِ أَمْثَلُ، وَفِيهِ شِفَاءٌ وَبَرَكَةٌ، وَتَزِيدُ فِي الْعَقْلِ وَفِي الْحِفْظِ، فَاحْتَجِمُوا عَلَى بَرَكَةِ اللَّهِ، يَوْمَ الْخَمِيسِ، وَاجْتَنِبُوا الْحِجَامَةَ يَوْمَ الأَرْبِعَاءِ وَالْجُمُعَةِ وَالسَّبْتِ وَيَوْمَ الأَحَدِ تَحَرِّيًا، وَاحْتَجِمُوا يَوْمَ الاثْنَيْنِ وَالثُّلاثَاءِ فَإِنَّهُ الْيَوْمُ الَّذِي عَافَى اللَّهُ فِيهِ أَيُّوبَ مِنَ الْبَلاءِ، وَضَرَبَهُ بِالْبَلاءِ يَوْمَ الأَرْبِعَاءِ فَإِنَّهُ لا يَبْدُو جُذَامٌ وَلا بَرَصٌ إلا يَوْمَ الأَرْبِعَاءِ، أَوْ لَيْلَةَ الأَرْبِعَاءِ**". كما حدد صلى الله عليه وسلم زمن الحجامة في اليوم **17** أو **19** أو **21** من كل **شهر قمري** ومن ذلك الحديث الذي رواه ابن ماجة في سننه، عن أنس بن مالك أن رسول

الله صلى الله عليه وسلم قال: "**مَنْ أَرَادَ الْحِجَامَةَ فَلْيَتَحَرَّ سَبْعَةَ عَشَرَ أَوْ تِسْعَةَ عَشَرَ أَوْ إِحْدَى وَعِشْرِينَ، وَلا يَتَبَيَّغْ بِأَحَدِكُمُ الدَّمُ فَيَقْتُلَهُ**".

وفيما يخص مواضع الحجامة، فإنها غير محددة، ولكنها مواضع اجتهادية، يعلمها ممارسوها بالخبرة. وأنها تعمل على خطوط الطاقة، تماما كالإبر الصينية، "غير أن الحجامة، تأتي بنتائج أفضل عشرة أضعاف منها"[1] إذ تعمل على مواضع الأعصاب الخاصة بردود الأفعال، والغدد الليمفاوية وتقوم بتنشيطها، وتعمل أيضا على الأوعية الدموية، وعلى الأعصاب. وعليه لا ضير في تكرارها، إن دعت الضرورة إلى ذلك.

3- الكــــي:

يعتبر **الكي** من بين أقدم الممارسات والأساليب الطبية العلاجية التي استخدمتها المجتمعات القديمة، وقد لجأت إليه، بعد أن مرّت بعديد من التجارب والمحاولات، في علاج مرض معين، يصيب الإنسان أو الحيوان. وقد أقبلت الحضارات القديمة على ممارسة الكي، لفائدته المحققة في التطبيب والعلاج، ومع ذلك كان يتموضع في آخر الممارسات وطرق الاستطباب المعروفة، تجنبا للآلام التي تنجم، جراء الكي بالنار"[2].

والكي هو إحراق المكان المصاب في الجسم السقيم، باستخدام قطعة معدنية أو أداة حديدية (المنجل مثلا)، تسمى المكواة أو الميسم. وقد استخدم على نحو واسع، باعتباره طبا تقليديا مفيدا وفعّال، طيلة قرون، أما في المجتمعات الآسيوية، خاصة الصين واليابان، فإن طريقة الكي المعروفة بينهم مختلفة، فهم يقومون بحرق أوراق نبات **الشيح** المجففة، ثم يضعونها على نقاط معينة من الجسم. وبطبيعة الحال، فإن مواضع الكي وطرقه معلومة، لدى المتخصصين

---

1 المرجع السابق.

2 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص 230.

فيها، من المطببين الشعبيين، مثل طرق كي الصرع، كي الكلى، كي أوجاع الأذنين.. وغيرها من الأمراض. وقد ألف العديد من الأطباء العرب، كتبا يصفون فيها طرق الكي، مثل: **أبو القاسم الزهراوي** و**أبو بكر الرازي**. ومن فوائده، نذكر: تحليل المواد الفاسدة المتشبثة بالعضو، يعمل على تسهيل سريان الطاقة في الجسم من أعلى إلى أسفل والعكس، يزيد إنتاج خلايا الدم البيضاء يساعد على وقف النزيف.



العلاج بالكي أو الوسم

لقد برع العرب أيضا في العلاج بالكي، خاصة بين بدو الصحراء، وكبار السن من قاطني القرى، حيث نجحوا في علاج العديد من الأمراض، المتفشية بينهم، غير أنهم غالوا في استخدامه، **لاسيما** في **البوادي، حيث يندر الأطباء**. لكن هذه الممارسة الطبية، لم تلق استحسانا، مع ظهور الإسلام، حيث نهى الرسول صلى الله عليه وسلم عن الكي، وهو ما ورد في حديث رواه البخاري عن جابر بن عبد الله– رضي الله عنهما– قال: سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "**إِنْ كَانَ فِي شَيْءٍ مِنْ أَدْوِيَتِكُمْ أَوْ يَكُونُ فِي شَيْءٍ مِنْ أَدْوِيَتِكُمْ**

خَيْرٌ، فَفِي شَرْطَةِ مِحْجَمٍ، أَوْ شَرْبَةِ عَسَلٍ، أَوْ لَذْعَةٍ بِنَارٍ تُوَافِقُ الدَّاءَ، وَمَا أُحِبُّ أَنْ أَكْتَوِيَ". لقد بيّن الرسول صلى الله عليه وسلم، من خلال الحديث طرق العلاج المحبذة، من خلال الحجامة، عسل النحل الطبيعي، ثم جعل الكي آخرها. مع الإشارة الصريحة إلى كراهته، في قوله: "**وَمَا أُحِبُّ أَنْ أَكْتَوِيَ**".

معنى هذا أن الكي هو آخر العلاج، ولا يلجأ إليه المريض، إلا إذا دفعته الضرورة إليه، أو تبين أن الشفاء لا يكون إلا به، وأن أنواع الاستطبابات الأخرى، لم تكن بالنافعة له. وبحكم تأخير العلاج بالكي بين المسلمين، متأسين بالنّبي المصطفى، أصبح ذلك متضمنا في ثقافتهم وجرت العادة بينهم أن "آخر الدواء الكي". ومن أضرار الكي، نذكر: قد يحصل تلوث جرثومي في موضع الكي، ارتفاع في ضغط الدم، حدوث صدمات عصبية وزيادة نبض القلب، وإذا كانت مواضع الكي كثيرة، قد يحصل جفاف شديد بسبب خروج السوائل من الجروح، التي تنجم عن الكي، مما يؤدي إلى الإصابة بالفشل الكلوي.

النوع الثانـــي: الطب الشعبي السحــري- الدينـــي

لقد انحصر الفكر الاجتماعي قديما، في التفاسير الغيبية والاعتقاد في القوى فوق طبيعية، حيث كان الإنسان البدائي، ينسب المرض إلى كائنات غير مرئية أقوى منه، تتحكم في حياته ومماته، وقد عرفت هذه المرحلة التاريخية بـ **ما قبل العلمية Préscientifique**. فقد كانت المجتمعات البدائية آنذاك، ترد عوامل المرض، الذي استعصى علاجها بمواد الطبيعة، إلى فعل الأرواح الشريرة والشياطين، لأنها لا تستطيع فهم الوظائف الجسمية. لذلك اتخذت المجتمعات البدائية من **السحر Magic** وسيلة للشفاء والتخلص من استحواذ قوى الشر، ومعرفة العوامل الكامنة وراء الاضطرابات الصحية وعلاجها، على اعتقاد منها أن **الأرواح الشريرة Evil Spurits** من تسبب الأمراض لأفراد

القبيلة، وعليه تستخدم أدوات الطب البدائي والطقوس السحرية والدينية، لطرد هذه الأرواح من **الجسد السقيم Diseased body**.

ويتولى **الطبيب الساحر** –عادة– وظيفة العلاج والتطبيب الطقسي والوقاية من الأمراض، وهو يعرف في بعض المجتمعات البدائية باسم **الكاهن** أو **الشامان Shaman**، وتقوم **الشامانية Shamanism** أو **الطب بواسطة السحر** على "تصور حلول روح خارجية في جسم الشامان، وعلى أنه لا يتصرف إلا بوحي وأوامر صادرة عنها، ويقوم الشامان بحركات جسمية خاصة، حتى تنتابه هستيريا فيصاب بإغماء، ثم يبدأ يهلوس فيوهم مرضاه بذلك، بأن الروح قد حلت فيه"**1**.

ومن ثم، فإن إيمان المريض بقدرة الطبيب الساحر على شفاءه، هو واحد من جملة العوامل، التي أبقت الطب والسحر متصلين معا، ولفترة طويلة من الزمن. فالمريض يشفى عندما يعتقد أنه سيشفى، وأن قوة الطبيب الساحر (الشافي) تكمن في ثقة المريض بقدرته. وهو ما ذهب إليه **كلود ليفي شتراوس Claude Levi Strauss** حول مظاهر السحر، والتي عددها إلى ثلاثة، حيث يقول:" اعتقاد الساحر بنجوع تقنياته، ثم اعتقاد المريض الذي يعالجه أو الضحية التي يعذبها بقدرة الساحر نفسه، وأخيرا ثقة الرأي الجماعي ومقتضياته التي تشكل في كل لحظة نوعا من حقل الجاذبية تتجدد داخله علاقة الساحر بالذين يسحرهم، وتحتل مكانها فيه"**2**.

إن السحر – إجمالا– يقوم على نمطين من الاعتقاد، احدهما فردي يتعلق باعتقاد الساحر في قدراته الخارقة على التأثير في من حوله، وآخر اجتماعي/

---

1 خزعل الماجدي، **بخور الآلهة (دراسة في الطب والسحر والأسطورة والدين)**، الأهلية للنشر والتوزيع–عمان، ط1، 1998، ص 95.

2 كلود ليفي شتراوس، **الأنثروبولوجيا البنيوية**، ترجمة: مصطفى صالح، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي–دمشق، 1977، ص 200.

أو جماعي، ينبع من إيمان أفراد قبيلته به. ومن ثم، فإن الطبيب الساحر يحظى بمركز اجتماعي عظيم، بفضل دوره في العلاج أو قدراته الخارقة على الشفاء. وعليه، يمكن أن تكون فكرة الزعامة أو القيادة قد ارتبطت به، أو ظهرت معه.

هذا، ويعتمد الطبيب الساحر لإبراز قدراته الخارقة، على تقنيات معينة لإتمام العلاج السحري، تتمثل في **الطقس السحري** ويندرج تحته كل الحركات والأفعال، التي توحي بقوة الساحر، إضافة إلى **التعويذة** وتعني الكلمة السحرية أو هي كل ما يتلفظ به الساحر، أثناء أداءه للطقس السحري. ويكتسب الساحر هذه التقنيات، عن ساحر آخر يفوقه خبرة، يعرف بـ "**سيد الشامانات**" أو "**كبير الكهنة**" وهو ينتمي إلى القبيلة نفسها. فالسحر والحال هذه، سلوك مكتسب يجمع بين الاعتقاد والتقنية معا، وهذا ما يجعله مختلفا عن الدين، الذي هو اعتقاد في قوى غيبية – كونية، يجب الإيمان بها والخضوع لها. مما يعني، أن السحر يختلف عن الدين في نوعية المعتقد، فالقوة الخفية في الدين خارجية وتجسدها كائنات إلهية أو كائن إلهي، وهي التي تسيطر على الإنسان، وترسم له مصيره. في حين، أن القوة الخفية في السحر، تكمن داخل الإنسان، وإن وجدت خارجه، فإنها تظل مرتبطة به، بطريقة ما.

وضمن هذا النسق الثقافي، المشبع بالمعتقدات الميتافيزيقية والخرافات صاغت الجماعات البدائية، تفاسيرا عديدة حول ظهور المرض والموت ففي المجتمعات التي انتشرت فيها **الشامانية،** كان الاعتقاد السائد بينهم، أن **الساحر الشرير** هو من يقوم بصنع الأمراض ونشرها، وصنع الموت أيضا وهو يصنف– حسبهم– إلى نوعين: احدهما يمتلك قدرة ذاتية على الأذى ويسمى **Sarcierer** والآخر يعمل على ذلك بوسائل وطرق كالتعاويذ ويسمى **Witchcraft**"[1]. كما

1 خزعل الماجدي، مرجع سابق.

تخبرنا الأساطير القديمة لقبائل **الميهل الهندية** "أن الأمراض والأوبئة جاءت نتيجة الخلاف، الذي وقع بين البشر والأرواح الشريرة حول امتلاك العالم ويكون دور الساحر في هذه الحالة، معالجة المرض بمحاولة إصلاح الأمور بينهما، وإن لم يفلح، فإنه سيكون عرضة لأذى هذه الأرواح الشريرة"**1**.

ولأن الثقافات الاجتماعية تتسم بالاختلاف، فإن الأطر التفسيرية المنتجة حول موضوعات المرض والموت والعلاج تختلف تباعا، فالمرض في بعض الثقافات القديمة، كان يفسر بأنه نتاج غضب إلهي، يحل على الفرد الذي ارتكب خطيئة، أو قصّر في أداء واجباته الدينية، ولذلك تأمر الآلهة بإحلال لعنة المرض عليه، والتي قد تؤدي إلى موته. فالسومريون مثلا، كانوا يفسرون المرض كذلك، وهم يعتقدون أن الآلهة "لا تحدث المرض بنفسها، بل تسخر كائنات العالم الأسفل للقيام بذلك، من الشياطين وأرواح الموتى، ويقوم الساحر بدور الوسيط بين المريض والآلهة، ويتوسلها كي ترفع عن المريض غضبها ويتعهد نيابة عن المريض، بأداء واجباته نحوها كما يجب، وهكذا تأمر الآلهة تلك الشياطين، بالكف عن أذى المريض"**2**. إن هذا التفسير السومري، وغيره من تفاسير الثقافات القديمة يوضح أن المرض والعلاج يرتبطان دائما بالطقوس السحرية والدينية، في محاولة لإرضاء الأرواح بتقديم القرابين لها مثل **الأديان الإحيائية***، فإنها ترد المرض وأسباب الشفاء إلى الأرواح، أو الآلهة في ثقافات أخرى. لذلك يرى العديد من علماء الأنثروبولوجيا الثقافية، أن

---

1 منصف المرزوقي، **الدليل في التثقيف الصحي**، الدار التونسية للنشر والمؤسسة الوطنية للكتاب- الجزائر 1985، ص18.

2 خزعل الماجدي، مرجع سابق، ص 143.

* **الأديان الإحيائية:** تمثل تلك الأديان القديمة، التي تعتقد في وجود روح محركة، لكل قوى الطبيعة (الشمس، الريح، المطر..).

السحري والديني متداخلان، ويصعب الفصل بينهما، أو تحديد أيهما كان سابقا على الآخر.

ومثل هذه التفاسير حول عوامل المرض، نجدها أيضا في الحضارات الإنسانية العريقة، "فقد كان **لقدماء المصريين** معابد عديدة كمعبد **إيزيس** يؤمها المرضى للتداوي، وكان على المرضى أن يناموا في المعبد، وكانت أحلامهم في تلك المعابد واسطة من وسائط العلاج الروحي لأمراضهم. ثم انتقلت طريقة التداوي بالنوم، من قدماء المصريين، إلى **قدماء اليونانيين،** وزاد هؤلاء عليها بتهيئة المريض قبل النوم بالحمامات والتدليك. وفي أواسط **القرن السادس** اخذ القساوسة والرهبان في **روما يعالجون** المرضى بالنوم في المعابد، وبتلاوة الصلوات واستعمال الماء المكرّس، وبما اثر عن بعض القديسين"[1].

في العصور الوسطى، ساد الاعتقاد بأن المرض عقاب من الله، لا ينبغي لإنسان، أن يصرفه عمن يستحقه، ولذلك كانت الكنيسة وقتها، تحرّم صناعة الطب، وهو الاعتقاد الذي ساد الغرب حتى **القرن 12.** حيث كانت الممارسات الطبية المسيحية، منبثقة عن الممارسات الوثنية والشعبية، التي غالبا ما كانت تعتقد أن الأمراض، سببها خارق لقوانين الطبيعة. ومع ذلك استمرت المحاولات في علاج المرضى، واعتبر الطب وسيلة لفهم **الأخلاط الأربعة لأبقراط***. وقد اتسمت هذه المرحلة من تاريخ الطب الأوروبي بالتركيز على العلاج، دون البحث في عوامل حصول المرض ومسبباته.

لكن الوضع بالنسبة للمسلمين كان مختلفا تماما، وتحديدا بعد الفتوحات الإسلامية في الشرق، فقد جاء الإسلام محررا الطب، من السحر والشعوذة وبدعة تقديم القرابين للآلهة..، ونبذ الإسلام على سنة نبيه، كل عمل له صلة بالعرافة أو الكهانة. لقد اهتم الإسلام بالصحة الجسدية والروحية للإنسان، فأمره

---

1 محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص 254.

بالتداوي وطلب العلاج، والاستعانة بالطبيب الماهر صاحب الدراية والخبرة والأحاديث النبوية في هذا المجال كثيرة ومتنوعة نذكر منها، ما ورد في مسند الإمام احمد عن زياد بن علاقة عن أسامة بن شريك، قال: كنت عند النبي صلى الله عليه وسلم، وجاءت الأعراب، فقالوا: يا رسول الله أنتداوى؟ فقال: **نَعَمْ يَا عِبَادَ الله، تَداووا فَإِنَ الله عَز وَجَلْ لَمْ يَصنعْ دَاءٌ إلاَّ وَضَعَ لَه شِفَاءٌ، غَيْرَ دَاءٍ وَاحِدٍ.** قالوا: ما هو؟ قال: **الـهَرَمْ**"**1**. فازدهرت بذلك العلوم الطبية، ونبغ العديد من الأطباء المسلمين، مثل: **الرازي** و**ابن سينا**، الذين نهلوا تصنيفاتهم للأمراض وطرق علاجها من **الطب النبوي**، وتوسعت معارفهم حول الممارسات العلاجية، خاصة بعد ترجمة المؤلفات الطبية الإغريقية والصينية.. وغيرها.

ومن ثم، فقد تخصصوا في حقول طبية متعددة، مثل: أمراض العيون أمراض القلب، الأمراض الجلدية..، كما برعوا في الجراحة وصناعة أدوات الجراحة، واستخدام النباتات في تطهير الجروح والتخدير، إلى جانب الطرق الطبية المعروفة، كالفصد والحجامة والكي. وتندرج طرق العلاج هذه، ضمن ما يعرّفه الأطباء المسلمين **بمرض الأبدان**. أما علاج **مرض الروح** فإنه يتحدد في طريقتين: **تحصين النفس** و**الرقية الشرعية** وذلك عن طريق تلاوة القرآن الكريم، لقوله تعالى: ﴿**وَنُنَزِلُ مِنَ القُرآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ للمُؤمِنِينَ**﴾**2**. وإتباع هدي السنة النبوية الشريفة، من مأثورات وأدعية وأذكار، وهي من الطرق النبوية، في الشفاء والتخلص من تأثير السحر الحسد، والمس.

***الأخلاط الأربعة لأبقراط:** أبقراط هو طبيب يوناني، وضع أسس العناية بالصحة، مستندا إلى ما ذهب إليه اليونانيون القدامى، الذين اعتبروا أن جسم الإنسان، هو نظام يعكس عمل الطبيعة، أو هو انعكاس لقوى الطبيعة، فاستشف أبقراط من هذه الرؤية في الطب، أن جسم الإنسان يحتوي على أربعة أخلاط، هي: النار الهواء، الأرض، الماء، من خلال صفات الحرارة، البرودة، الجفاف، الرطوبة، على الترتيب. والصحة في الجسم، تعتمد على الحفاظ على هذه الأخلاط في توازن، داخل كل إنسان.

1 ابن القيم الجوزية، **الطب النبوي**، دار الكتب العلمية–بيروت، (د.ت)، ص 8.

2 سورة الإسراء: الآية 82.

إن **الطب الشعبي** ومن خلال ما تم عرضه، يحتفظ منذ بداياته بطبيعة مزدوجة تجمع بين العلاج بالأعشاب ومواد الطبيعة، والأدوات البسيطة الأخرى، إلى جانب العلاج الروحي (السحري–الديني)، التي تحددها طبيعة الأمراض الجسدية وغير الجسدية، وبصفة عامة يعكس الطب الشعبي خصائص الثقافة المحلية، التي أنتج داخلها، الأمر الذي يجعل أساليبه تختلف من منطقة جغرافية إلى أخرى، ومن جماعة اجتماعية إلى أخرى ولأنه موروث ثقافي، فإنه ينتقل عبر الأجيال من السابقة إلى اللاحقة، وقد تتغير بعض طرقه، بفعل عوامل التغير الاجتماعي، كما يمكن أن يحتفظ بالكثير من تقنياته وخصائصه العلاجية، لاسيما إذا ثبتت وظائفها في الشفاء.

ولأجل ذلك، عنيت المجتمعات والمنظمات الإقليمية والدولية، بالطب التقليدي (الشعبي) وعملت على تشريع قوانين تحفظه وتحميه كتراث ثقافي وتزيد من سعة الاستفادة منه، من خلال حرصها على مأمونيته وجودته ومنفعته للإنسان.

ثالثـا: استراتيجية المنظمة العالمية للصحة في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023

شكل موضوع الطب التقليدي، انشغالا هاما لمنظمة الصحة العالمية مطلع **القرن 21**، نظرا لأهميته العلاجية، التي لا تتقيد بالحدود الجغرافية للمجتمعات المحلية، ولا بارتفاع تكاليفه المالية، إذ هو بخس وزهيد، لبساطة مكوناته وطرقه، لذلك تزايد الطلب عليه بشكل ملفت، وهو ما أسهم في ظهور الطب التكميلي أو البديل، وأصبحا يشكلان معا، نمطا علاجيا هاما واتسع نطاق الإقبال عليه، في معظم أنحاء العالم. وبذا، طفت إلى السطح قضايا المأمونية، الفاعلية، الجودة، إتاحة الاستفادة، الصيانة والتشريعات والتي شكلت الانشغال الرئيسي للمنظمة العالمية للصحة **2014-2023** والذي أصدرته في

وثيقة تتألف من 76 صفحة، ويوجد على موقع المنظمة، نسخة مترجمة إلى اللغة العربية.

وتبين المنظمة من خلال وثيقتها، أن هذا الانتشار الواسع هو نتاج لانفلات الطب التقليدي، من الثقافة المحلية إلى الثقافة الهولية، لذلك وظفت مصطلحا يقرن بين نمطين الطب التقليدي والطب التكميلي، وهو مصطلح يجمع خصائص كليهما، حيث عرضت منظمة الصحة العالمية، تعريفا للطب التقليدي والذي قدمناه في موضع آخر من هذا البحث، أما الطب التكميلي أو البديل، تعرّفه بأنه: "**مجموعة واسعة من ممارسات الرعاية الصحية، التي ليست جزءا من تقاليد البلد نفسه أو الطب التقليدي فيه وهذه الممارسات ليست مدمجة إدماجا كاملا في نظام الرعاية الصحية السائد، وهي تستعمل بصورة تبادلية أو تناوبية مع الطب التقليدي (الشعبي) في بعض البلدان**"[1].

أما مصطلح الطب التقليدي والتكميلي فقد عرفته كما يلي:"**يشمل هذا التعبير المنتجات والممارَسات والممارِسين في آن واحد**"[2].

1- التعريف باستراتيجية المنظمة العالمية للصحة ومحتوياتها:

تطرح المنظمة العالمية للصحة، إشكالية تنظيم الطب التقليدي والتكميلي وإمكانية دمجه بالشكل الفعّال والسليم، ضمن أنظمة الرعاية الصحية في الدول الأعضاء. وقد وضعت المنظمة استراتيجية للطب التقليدي، ضمنته في هذه الوثيقة، وهذا لأجل إعادة تقييم استراتيجية الطب التقليدي للفترة **2005-2012** وتبني على أساسها، وتحدد انطلاقا منها المسار الذي سيسلكه الطب التقليدي(الشعبي) والتكميلي، على مدى العشر سنوات القادمة. كما تهدف هذه الوثيقة، إلى توفير المعلومات، والوسط أو السياق، والتوجيه والدعم لراسمي

---

1 استراتيجية المنظمة العالمية للصحة في الطب التقليدي (الشعبي)، ص 15
http://www.who.int/medecines/areast/traditional/definitions/en/

2 المرجع السابق.

السياسات، ومخططي الخدمات الصحية والمختصين في الصحة العمومية وهيئات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وغير ذلك من الجهات التي تهتم بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛ ويشمل ذلك المنتجات والممارَسات والممارِسين. وهي تتناول قضايا تتصل بتقييم وتنظيم وإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، كما تتصل باستغلال قدرة هذه الأمور، على أن تعود بالفائدة على صحة الأفراد. ولقد تم وضع هذه الاستراتيجية، لمساعدة الدول الأعضاء، على تحديد احتياجاتها وترتيب أولويات هذه الاحتياجات، وضمان إيتاء الخدمات بصورة فعالة، واستنباط الأنظمة القانونية والسياسات الملائمة لضمان الاستعمال المأمون، لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارساته.

وقد تم إعداد استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) لمنظمة الصحة العالمية **2014-2023** استجابة لقرار جمعية الصحة العالمية رقم (ج ص ع 62-13) حول الطب التقليدي (الشعبي). وتهدف هذه الاستراتيجية إلى دعم الدول الأعضاء في المجالين التاليين:**1**

- استغلال دور الطب التقليدي (الشعبي) في تحقيق الصحة والعافية والرعاية الصحية التي تركز على الإنسان.
- تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي (الشعبي) عن طريق التنظيم والبحوث التي تتصل بمنتجات هذا النوع من الطب وبممارسته وممارسيه، وإدماج كل ذلك في النظم الصحية كلما كان ذلك ملائما.

وهنا إشارة إلى حرص المنظمة على وجوب الاعتناء، بمتطلبات الجودة والمأمونية، بخصوص هذا النوع من التطبيب التقليدي، وكذا ممارسيه، عن

1 المرجع السابق، ص 7.

طريق توظيف البحث العلمي، قصد تنميته والاستثمار فيه. خاصة مع انتشاره واتساع استخدامه، على نطاق ومستوى واسعين.

2- تحديات المنظمة العالمية للصحة في ضوء استراتيجيتها الجديدة:

وتهدف وثيقة الاستراتيجية الجديدة، إلى مواجهة عدد من التحديات التي تتطلب من الدول الأعضاء، تحديد أوضاعها الوطنية فيما يتصل بالطب التقليدي (الشعبي)، ثم تعمد إلى وضع وتنفيذ سياسات وأنظمة ودلائل إرشادية انطلاقا من واقعها. عن طريق تنظيم أنشطتها، في القطاعات الاستراتيجية الثلاثة التالية:[1]

- بناء القاعدة المعرفية، التي تسمح بتدبير شؤون الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي تدبيرا ناشطا، عن طريق السياسات الوطنية الملائمة، التي تتفهم وتقر بدور الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وإمكانياتهما.
- تقوية إجراءات ضمان جودة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ومأمونيتهما، واستعمالهما على الوجه الصحيح، وتأثيرهما، عن طريق تنظيم منتجاتهما وممارستهما وممارسيهما، من خلال التعليم والتدريب؛ وتنمية المهارات، والخدمات والمعالجات المقدمة.
- تعزيز التغطية الصحية الشاملة، عن طريق إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في عملية إيتاء الخدمات الصحية والرعاية الصحية الذاتية، وذلك من خلال السعي للاستفادة من المساهمة، التي يحتمل أن توفرها هذه الخدمات، من أجل تحسين الخدمات الصحية والمحصلة الصحية؛ ومن خلال ضمان قدرة

---

1 المرجع السابق، ص 8.

المستفيدين من هذه الخدمات، على التماس الخيارات التي تقوم على المعلومات المعتمدة، حول الرعاية الصحية الذاتية.

2- التشريعات الخاصة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته وممارِسيه:

انطلاقا من استراتيجيتها السابقة **2005-2012** اعتمدت المنظمة العالمية للصحة، سياسات وتشريعات وطنية وإقليمية، تحدد وتضبط منتجات وممارسات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتعزز استعمالها المأمون، في العديد من الدول الأعضاء.

- **منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي:** تشمل الأعشاب والمواد العشبية، والمستحضرات العشبية، والمنتجات العشبية المصنعة (التي يتم تصنيعها)، والمواد والتركيبات النباتية الأخرى الناجمة عنها بوصفها مكونات فاعلة. وفي بعض البلدان، وانطلاقا من ثقافاتها المحلية (العرف والتقاليد)، يمكن أن تحتوي الأدوية العشبية، على مكونات فاعلة عضوية أو غير عضوية، ليست من أصول نباتية مثال ذلك: المواد الحيوانية والمعدنية.
- **ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي:** تشمل المعالجة بالمداواة ومعالجات الرعاية الصحية القائمة على الإجراءات كالأدوية العشبية والمداواة الطبيعية، والوخز الإبري، المعالجات اليدوية كالميداداة (المعالجة باليد)، والمعالجة الهيكلية العظمية بالإضافة إلى تقنيات أخرى ذات صلة منها: **كي غونغ qi gong** و**معالجة التاي شي Tai Chi**، و**اليوغا** و**الطب الحراري Thermal medicine**، وغير ذلك من المعالجات البدنية، والنفسية، والروحية، والجسمية-العقلية.

- **ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي:** يمكن أن يكونوا من ممارسي الطب التقليدي أو الشعبي، ومن ممارسي الطب التكميلي ومهنيي الطب التقليدي، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، كالأطباء وأطباء الأسنان، والممرضات والممرضين، والقابلات، والصيادلة والمعالجين الفيزيائيين، الذين يقدمون لمرضاهم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي أو البديل.

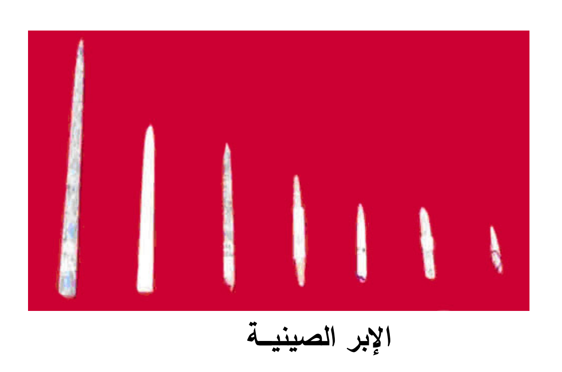
وبهذا، تستبعد كل أعمال وطقوس السحر والشعوذة، من طرق الطب التقليدي (الشعبي) ومختلف الممارسات، التي قد تعرف في بعض الثقافات المحلية أنها أساليب للعلاج. ويبدو من هذه التشريعات التي تخص المنتجات والممارسين والممارسة الطبية، تكريس الجودة والمأمونية، إضافة إلى توفيرها وإتاحتها. وفي هذا السياق، تنوه المنظمة العالمية للصحة، بأن المسؤوليات الأولى للدول الأعضاء، إنما هي حماية صحة شعوبها.

ومن بين الحقائق الهامة، التي أبرزتها وثيقة المنظمة العالمية للصحة **2014-2023**، ما يلي:

- لقد بذل العديد من الدول الأعضاء، جهودا مضنية، في سبيل تقدم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ويمكن أن يُعزى بعض هذه الجهود، إلى تطبيق استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي) حيث قامت الدول الأعضاء، بتطوير سياسات وتشريعات وطنية وإقليمية، لتعزيز الاستعمال المأمون والفعال، لخدمات الطب التقليدي (الشعبي). وقد زودت هذه الحقائق، برسومات بيانية، تظهر مدى التقدم الذي أحرزته الدول الأعضاء، في الفترة ما بين **1999-2012**.

- أظهرت الوثيقة، مدى انتشار طرق الطب التقليدي والتكميلي، على مستوى الدول الأعضاء، من خلال استخدام الإبر الصينية في العلاج

(الوخز الإبري)، حيث بلغ عدد الدول الأعضاء، الذين يستخدمون هذه الطريقة في العلاج **103 دولة** مقابل أقلية منها بلغ عددها **18 دولة.**



الإبر الصينيــة

– كشفت الوثيقة أن عدد الدول الأعضاء، التي توفر برامج تعليمية رفيعة المستوى، في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك درجات البكالوريوس (الليسانس) والماجستير والدكتوراه في المستوى الجامعي، قد ازداد من بضع دول إلى **39 دولة** تمثل **30 %** من البلدان التي شملتها عملية المسح. إن **الهند** مثلا، قد اعتمدت نظمها الطبية الشعبية الست والمعترف بها رسميا: "**الأيورفيدا**، **اليوغا**، **الطب الطبيعي الطب اليوناني**، **طب السيدها**، و**طب المعالجة المثلية**. نظما تعليمية في **508 كلية**، بطاقة استيعاب وقبول مقدارها **25586 طالبا جامعيا**، ومن هذه الكليات **117 كلية** تستقبل **2493 خريجا** في أقسام الدراسات العليا"**1**.

لكن المؤسف، أن المجتمعات العربية كانت مغيبة تماما ضمن هذه الوثيقة، سواء على مستوى الممارسات أو الأبحاث أو التشريعات المتعلقة بالطب التقليدي (الشعبي) أو التكميلي، رغم كثرة الحديث عن الطب الشعبي فيها، وكثرة الممارسات، بغض النظر عن نجاعتها وسلامتها. وهو ما يفسر أن

---

1 المرجع السابق، ص 30.

الطب التقليدي والتكميلي، لا يمثل أولوية في الأنظمة الصحية لهذه المجتمعات، ولا ينظر إليه كطب بديل، بقدر ما هو تراث ثقافي وحسب.

3- الأهداف الاستراتيجية للمنظمة العالمية للصحة 2014-2023:

ركّزت المنظمة العالمية للصحة في استراتيجيتها **2014-2023** على ثلاثة أهداف استراتيجية، نوجزها فيما يلي:

الهدف الاستراتيجي الأول: بناء قاعدة معرفية للتدبير الفعال لشؤون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق السياسات الوطنية الملائمة:

يمثل الطب التقليدي موروثا ثقافيا بامتياز، حيث تتحدد المنتجات المستخدمة فيه، وكذا طرقه، بحسب محددات الثقافة المحلية للمجتمع. وعليه تختلف القيمة العلاجية بالنسبة للمنتجات والممارسات وحتى الممارسين للطب التقليدي، من مجتمع إلى آخر، ومن إقليم إلى آخر. كما يمكن أن يكون بعض هذه المنتجات والممارسات مفيدا للصحة، أو العكس. "وفي ضوء الموارد المحدودة للدول الأعضاء، ينبغي لهذه الدول أن تقرر موضع تركيز اهتمامها كي تتمكن من تزويد المستهلكين، بأفضل شكل من أشكال الرعاية الصحية في الوقت الذي تستطيع فيه، أن تلبي الحاجة إلى دعم اختيارات المستهلك، وقبل اتخاذ أي قرار مستنير، حول كيفية الإشراف على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي تخضع لسلطتها"**1**. ومن المهم أن تكون الدول الأعضاء والمعنيون بالأمر، على علم تام بالتنوع البيولوجي، والمعاهدات الدولية المعنية بالأنواع المعرضة لخطر الانقراض. وعلى الرغم من أن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي قد أصبح ظاهرة عالمية شائعة، فإنه لا يزال يخشى أن تفقد أو تضيع المعارف التقليدية، في مجال صيانة الصحة، وتقديم

1 المرجع السابق، ص 44.

الرعاية الصحية، في بعض المجتمعات. وينبغي لهذه الحقيقة، أن توضع نصب اهتمام الوكالات الملائمة المعنية، بالملكية الفكرية.

الهدف الاستراتيجي الثاني: تعزيز ضمان الجودة، والمأمونية، والاستعمال الملائم، وفعالية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، من خلال التنظيم القانوني لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته وممارِسيه:

على الدول الأعضاء، أن تدرس إمكانيات ممارسات ومنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، في أقاليمها ومجتمعاتها، ثم تفكر فيما إذا كانت تحتاج إلى مزيد من التشريعات، أو الإشراف، أو النظم، أو المؤسسات، من أجل جعل إجراءات ضمان جودة ممارسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ومنتجاته، ومأمونيتها، وفعاليتها، أكثر مصداقية، في الوقت الذي تلبي فيه الحاجة إلى اختيار المستهلك. كما يتوجب على الدول الأعضاء، وضع أطر تنظيمية لكل من المنتجات والممارسات، لبيان الاحتياجات الإقليمية والوطنية على وجه التحديد. وينبغي أن تشمل هذه العملية كلا من الحكومات والمستهلكين، والمعلمين، ومجموعات الممارسين والصانعين، والباحثين؛ كما ينبغي أن تستهدف هذه العملية، تحديد الطريقة التي يمارس بها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتحديد الطريقة التي يمكن بها، استعمال منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بصورة مأمونة وفعالة.

الهدف الاستراتيجي الثالث: تعزيز التغطية الصحية الشاملة، بإدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في إيتاء خدمات الرعاية الصحية والرعاية الصحية الذاتية:

ينبغي على الدول الأعضاء، أن تضع في اعتبارها ثقافة المجتمعات من تقاليد وعادات، وأن تتبين كيف يمكن للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك الرعاية الصحية الذاتية، أن يدعم الوقاية من الأمراض، أو معالجتها ويدعم صيانة الصحة وتعزيزها، بما يتفق مع البيّنات التي تؤكد على الجودة

والمأمونية والفعالية، ويتماشى مع اختيارات المرضى وتوقعاتهم. كما يتطلب من الدول الأعضاء إعداد تقارير حول أشكال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي ينبغي إدماجها، وكيفية تنفيذ عملية الدمج. وفي حال عدم قابليتها للتنفيذ يكون من المهم البحث عن بدائل. لذلك يستحسن تحرّي أفضل النماذج، لعملية إدماج الطب التقليدي (الشعبي)، وتعزيز البحوث حول مردودية أساليب إدماج الطب التقليدي والتكميلي(الشعبي). وكذا إشراك المنظمات اللاحكومية، والقطاع الذي يبغي الربح، بما في ذلك نظم التعويض الصحي، في الأهداف الآنفة الذكر، كلما كان ذلك ملائما.

بعد استعراض محتوى وثيقة استراتيجية المنظمة العالمية للصحة **2014-2023**، يتبين لنا أن **الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي**، قد أصبح نمطا طبيا عالميا ناجعا، حيث صار متضمنا في العديد من أنظمة التعليم العالي، ومؤمنا إلى جانب دعمه لأنظمة الصحة والرعاية الصحية، بل أكثر من ذلك، أصبح دعامة أساسية، لإيتاء الرعاية الصحية، وإتمامها.

إن الحقائق المجتمعية، المقدمة ضمن وثيقة المنظمة العالمية للصحة **2014-2023** والمتعلقة بالطب التقليدي(الشعبي) والتكميلي، خاصة عن تجارب بعض المجتمعات الآسيوية، في الاستفادة من الطب التقليدي، والتي تمثل نماذجا ناجحة، كونها انطلقت من مخزون ثقافتها المحلية. تستفز التساؤل حول المكانة التي يحتلها هذا النمط الطبي، في مجتمعنا الجزائري ونحن لا نستبعد ثراءه في هذا المجال، نظرا لما يتسم به من خصائص طبيعية وثقافية متنوعة. هذا إذا علمنا أن الدولة الجزائرية، قد سنت الكثير من القوانين التنظيمية الصحية، منذ فجر الاستقلال، بدءا من **برنامج طرابلس 1962** إلى يومنا هذا، لأجل تنمية نظامها الصحي، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية فهل ينظر للطب الشعبي كجزء منها أو داعم لها؟ ما هو موقع الطب التقليدي (الشعبي) في التشريع الجزائري للصحة؟ وكيف يمارس؟

رابعـا: الطب التقليــدي في المجتمع الجزائـري بين الممارسـة والممارسـين

تمثل الثقافة المحلية، الوعاء الذي تنتج فيه مختلف الممارسات والعادات والأعراف الاجتماعية والأساطير والطقوس الدينية..، وحتى طرق العلاج والتمثلات الاجتماعية، حول موضوعات الصحة، وأكثر من ذلك فإن الوعي الصحي للجماعة، إنما يتحدد بحسب الوعي الثقافي، السائد بين أفرادها. إن المجتمع الجزائري، وعلى غرار كل المجتمعات الإنسانية في العالم، يزخر بطرق متنوعة من الطب التقليدي (الشعبي) نتاج ثراء بيئته الطبيعية، وتنوع ثقافاته المحلية المنتجة لها تباعا.

إن تنوع وثراء البيئة الطبيعية للمجتمع الجزائري، هو تنوع وثراء لمصادر العلاج الطبيعية فيه، بحيث تختص كل منطقة بأسلوب متميز في العلاج بفضل ما توفره البيئة الطبيعية من أعشاب ونباتات وفواكه ومواد طبيعية، تسهم في الشفاء من أمراض عديدة. فالمناطق الساحلية على العموم تعرف طريقة العلاج بالمياه المالحة، وهي فعّالة في علاج القروح والجروح، والتقرحات الجلدية، وفي الصحراء تعرف طريقة العلاج بالرمال والتي تشتهر بها منطقة **تاغيت** في الغرب الجزائري، وتفيد في علاج آلام الظهر، والمفاصل والروماتيزم بأشكاله المختلفة. وفي المناطق الغابية والسهلية، فإن العلاج بالأعشاب والنباتات يعرف انتعاشا كبيرا، مثل مستخلصات الورد المجفف أو ما يعرف أيضا بماء الورد المقطر، والتي تشتهر به كل من **قسنطينة** و**ميلة**، في تصفية الشوائب من العين، وعلاج تهيجات البشرة. إضافة إلى المناطق الداخلية، التي يختص الكثير منها بحماماته المعدنية، وينابيع المياه الحارة، مثل حمامات: **قالمة** و**سطيف** و**معسكر**، وهي مفيدة في علاج الروماتيزم والشد العضلي.

وفيما يتعلق بتنوع الثقافات المحلية، فإنها تشمل كل التراث الثقافي الموروث، الذي يعكس أساليب الحياة الاجتماعية، وطرق إشباع الحاجات العاطفية والنفسية والصحية..، في تلك البيئات الطبيعية المختلفة، ومنها

أساليب العلاج اليدوي المعروفة، مثل: **الحجامة، الكي** و**التجبير**. وتلك العادات الاجتماعية ذات الوظائف الطبية– الدينية، مثل: عادة **الختان** أو **الطهارة** وعادات **التبرك بالأضرحة**، وإقامة **الوعدات** و**الزردات**. علما أن ثقافة المجتمع الجزائري، قد نقحتها حضارات وثقافات عديدة، تعاقبت عليها عبر التاريخ منها: الفينيقية، الرومانية، الفتح الإسلامي وما صاحبه من هجرات للقبائل العربية وقيام الدولة العثمانية (التركية)، والاستعمار الحديث (الفرنسي)..، كما كان للاتصال الثقافي بين المجتمع الجزائري، ومجتمعات أخرى مثل المصريين والإغريق، تأثيرات هامة، على قسم كبير من تراثه الثقافي، من حيث العادات والطقوس الدينية واللغة، وكذلك طرق الطب التقليدي. ومن أبرز الأطباء الشعبيين في المجتمع الجزائري، نذكر: **الجازولي** بتلمسان، **احمد بن قاسم البوني** بعنابة، **احمد بن بلقاسم** من قسنطينة، عاش في فترة حكم احمد باي واشتهر بجراحة الأعصاب ومعالجة رضوض الجمجمة"**1**.

أما عن أهم عوامل تبني الطبابة التقليدية في المجتمع الجزائري نذكر:

– ثراء البيئة الطبيعية للمجتمع الجزائري، بين الجبلية والغابية والسهلية والصحراوية والتلية..، مما يعكس التغطية النباتية، لعلاج مختلف الأمراض.

– إن البيئة الجبلية الوعرة، التي تختص بها بعض المناطق في الجزائر أدت إلى عزل بعض الجماعات الاجتماعية أو العشائر، وبالتالي انغلاقها. فهذه البيئة الطبيعية، لا تساعد على وصول الخدمات الصحية إليها، ولا على تطوير أساليب حديثة للعلاج، لضعف اتصالها الثقافي وجماعات المناطق الأخرى مما يبطئ وتيرة تغيرها، وبذلك تحل الممارسات العلاجية الشعبية، محل الممارسات العلاجية الحديثة، ويعنى بالتمسك بها والحفاظ عليها، باعتبارها تراثا محليا.

1Khayati Mohamed, **Histoire de la médecine en Algérie**, ANPE, 2000, **www.santetropicale.com.**

– إن استعصاء الشفاء من بعض الأمراض، بأساليب العلاج الطبي الحديث مثل: الروماتيزم والعقم والصرع والمس..، يدفع بالأفراد إلى تبني أساليب الطب الشعبي، التي تضمن الشفاء السريع، مثل: العلاج بالكي زيادة على قلة تكاليفها المادية.

وسعيا منها للكشف عن أهمية الطب التقليدي ومكانته، ضمن الثقافة المحلية، والقوانين الوطنية الناظمة للصحة العامة في الجزائر. قامت الباحثة بدراسة ميدانية حول: "**الثقافة المحلية والطب التقليدي**"، وذلك في **النصف الثاني من شهر ديسمبر 2017**، في بلدية **البوني**– ولاية **عنابة**، حيث طبقت **منهج دراسة الحالة** على عينة من مطببي الأعشاب، والممارسين لأنواع أخرى من طرق الطب الشعبي في البلدية، مع استبعاد كلي لممارسي الطب السحري. وبلغ عددهم **03** من مجموع **06*** ، وقد راعت الباحثة متغير **الخبرة** و متغير **السن** في اختيارها. استخدمت الباحثة تقنية **المقابلة** نصف الموجهة، في جمع المعطيات، حيث قسمت إلى أربعة محاور: المحور الأول خاص بالبيانات الشخصية، المحور الثاني خاص بطرق الطب التقليدي، المحور الثالث خاص بالإقبال الاجتماعي على التداوي بالأعشاب، المحور الرابع خاص بأنظمة الرقابة الرسمية والطب التقليدي. كما استعانت الباحثة بطريقة **كرة الثلج** في التوصل إلى الحالات، إضافة إلى تقنية **الملاحظة** المباشرة.

1– ميـــدان الدراســـة (المجال المكاني):

تعد **البوني** مقرا للبلدية والدائرة في آن واحد، وتقع جنوب ولاية عنابة تبلغ مساحتها **97.7 كم^2**، بما يعادل **7%** من المساحة الإجمالية للولاية والتي تبلغ **1412 كم^2**، يحد دائرة البوني: شرقا بن عمار، غربا وادي العنب، شمالا عنابة

---

* لم تتمكن الباحثة من دراسة مجموع **المعالجين الستة**، والمتواجدين في بلدية البوني مركز، كون اثنين منهم **رفضا** التعاون في البحث، رغم شهرتهما في المنطقة. فيما كان محل احدهم **مغلقا**، طوال فترة انجاز هذا العمل، مما قلص عدد الحالات إلى **03**.

وسرايدي، جنوبا الحجار وبرحال. أما بلدية البوني يحدها: بوخضرة (بوحمرة سابقا) شمالا، سوق ذات منفعة عامة غربا الطريق الوطني رقم 16 (عنابة الحجار) شرقا، بوزعرورة وسيدي عمار جنوبا". تكتسي البلدية طابعا صناعيا وفلاحيا، نظرا لتواجد مؤسسات صناعية كبرى، إلى جانب الأراضي الشاسعة للزراعة"**1**. الأمر الذي جعلها قطبا اقتصاديا جاذبا، للعديد من الجماعات الاجتماعية، القاطنة في القرى والأرياف، حتى المدن* المتاخمة لولاية عنابة بحثا عن فرص للتوظيف والسكن. علما أن بلدية البوني هي "أول منطقة سكنية حضرية بالحجم الكبير، تم برمجتها وانجازها على المستوى الوطني، في منتصف السبعينات"**2**. حيث بلغ عدد سكانها **9000 نسمة** عام **1977**، وبالمقارنة مع عدد سكانها عام **2008***، فقد تضاعف عشرات الأضعاف، إذ بلغ **265,125 نسمة**"**3**، مما يفسر النمو العمراني السريع للبلدية، من خارجها.

2- دراسة حالة عينة من المطببين التقليديين في بلدية البوني:

اقتصرت الدراسة على فئة المعالجين بالأعشاب أو العشّابين، كون التداوي بالأعشاب هو النوع الأكثر انتشارا وتداولا، في جل مجتمعات العالم وفي المجتمع الجزائري كذلك، وهذا يرتبط بالتنوع الجغرافي (الطبيعي) والثقافي الذي يميزه. وأن الالتقاء بالعشابين ممكن ومتاح، لأنهم يملكون محلات

---

1 المعلومات الواردة تم الحصول عليها عن طريق مكتب الإحصاء والبريد والهاتف لبلدية البوني.

***للاستزادة انظر:** عواطف عطيل لموالدي، **السياسة الصحية ودورها في ترقية الثقافة الصحية في الجزائر- دراسة ميدانية على مدينة عنابة**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، تخصص: الثقافة والتحولات البنيوية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار- عنابة 2015/2014، ص ص 105-106.

2 رابح سعدان، **الحياة الاجتماعية في الفضاءات العمرانية الجديدة - المنطقة الحضرية البوني- عنابة نموذجا**، مذكرة مكملة لنيل درجة ماجستير في علم الاجتماع، تخصص: التنمية والتغير الاجتماعي، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار-عنابة، 2007/206، ص 155.

*يمثل إحصاء **2008** آخر إحصاءات بلدية البوني.

3 المعلومات الواردة تم الحصول عليها عن طريق مكتب الإحصاء والبريد والهاتف لبلدية البوني.

للعطارة، ولا يمارسون عملهم في بيوتهم، وأن من بينهم من يمارس طرقا أخرى في الطب التقليدي (الشعبي)، إضافة إلى العلاج بالأعشاب. فضلا عن الإقبال الاجتماعي الكبير، على الأعشاب الطبية، لنجاعتها وفعاليتها على الشفاء حيث تعوض غالبا الأدوية الكيميائية. وفيما يلي عرض للحالات، والتي تشمل أبرز العشّابين في البلدية.

الحالــة الأولــى:

هو معالج بالأعشاب، يبلغ من العمر 55 عاما، ينحدر من ولاية وادي سوف الواقعة في الجنوب الشرقي للجزائر، وهو يقطن في بلدية خرازة التابعة لدائرة البوني– ولاية عنابة، مستواه التعليمي ابتدائي، وخبرته في الميدان 10 سنوات. مصدر خبرته: الطب النبوي، والمحاضرات التي يدأب على حضورها في الجزائر العاصمة، والتي يقدمها أخصائيون في طب الأعشاب والذي حسب قوله قد استفاد منها كثيرا في تكوينه، وهو يسافر أيضا إلى دول عربية وأجنبية لحضور هذه المحاضرات مثل تونس وتايلندا. أما عن محل العطارة الذي يشتغل فيه، فإنه يحتوي على ما يزيد عن 60 عشبة منها ما هو متوفر في الجزائر، ومنها ما يتم استيراده من الخارج، مثل: الينسون، الكركديه، الشمر القسط الهندي، الخزامى، الزعتر والزنجبيل. أما بلدية البوني فهي تتوفر أيضا على البعض من النباتات الطبية مثل البابونج. هذا، إلى جانب بعض المنتجات النباتية المصنعة، والتي يكون معظمها مستورد من الخارج مثل **السبيرولينا Spiruline**. يقوم هذا العشّاب بصناعة بعض الخلطات البسيطة كتلك التي يقول عنها أنها اكبر تحدي لمرض السكري، والتي تتكون من الماء الساخن والليمون. ومن أكثر الأمراض التي يعالجها: الإكزيما، حب الشباب فقر الدم، آلام المفاصل الصدفية، ضغط الدم. أما عن الإقبال الاجتماعي على التداوي بالأعشاب يقول: "أنه فائق" وأغلبه من السيدات.

علما أن هذا العشّاب يمتلك شهادة في العلاج بلسع النحل، والذي تعلمه من خلال محاضرات لأخصائي مصري قدم إلى الجزائر، ويقول أنه يعالج العديد من الأمراض، منها: أمراض العقم، الضعف الجنسي، تساقط الشعر السرطان، البرص. وهو يقدم الخلطات ووصفات العلاج الطبيعي، بحسب ما يشكو منه المريض. وله زبائن دائمون يترددون عليه منذ سنوات، منهم الأطباء. ويرى أن كل الأمراض سببها الغذاء غير الطبيعي، وغير الصحي حيث يقول أن 45% من حالات العقم في الجزائر، سببها يعود إلى ذات الأسباب. إضافة إلى العادات الغذائية السيئة، التي يمارسها بعض الأفراد إذ ينصح بعدم أكل اللحم في الليل قبل النوم، لأن هضمه يتطلب 8 ساعات لذلك. ورغم أن والده لم يكن عشّابا، إلا انه يرغب أن يورث طرقه في العلاج لأبنائه وأكثر من ذلك، فقد أبدى رغبته في المشاركة في بعض الملتقيات في الجامعة كونه يستطيع أن يفيد الطلبة والباحثين، في مجال تخصصه.

وقد أفاد العشّاب أنّ محله لا يخضع إلى مراقبة مخبرية، من طرف مديرية الصحة لولاية عنابة، فيما يأت إليه أعوان المراقبة التابعين لمديرية التجارة للولاية، لمراقبة صلاحيتها. أما عن اطلاعه على قوانين تنظيمية وطنية تخص الطب التقليدي، يقول انه يعلم بعدم تقنينها وطنيا، وهو ينتظر ذلك.

الحالـــة الثانيـــة:

هو معالج بالأعشاب ومواد الطبيعة، يبلغ من العمر 51 عاما، ينحدر من ولاية عنابة، ويقطن فيها، مستواه التعليمي ثانوي، خبرته في الميدان تفوق 15 عاما، مصدر خبرته: الطب النبوي، تراث الأجداد الذي يقول أنه أخذ عنه الكثير، وكذلك الكتب المتخصصة، بالإضافة إلى الاحتكاك بأقدم العشّابين. وهو لا يمارس أي مهنة أخرى. يتوفر محله للعطارة على ما يزيد عن 140 عشبة، منها ما يتوفر في الجزائر، ومنها المستورد من الصين والهند وسيبيريا واسبانيا، مثل: الجنسينغ، الجرافيولا، بذور العنب، غذاء ملكات النحل. أما

محليا، فإن بلدية البوني تتوفر على البعض منها، مثل: نبتة أمقرامان (تسمية أمازيغية)، كما يتوفر محله على مواد طبيعية أخرى مثل: الزيوت النباتية منتجات النحل (غذاء الملكات، غبار الطلع، العكبر Pro polaire). وهو يقوم بإعداد خلطات لأمراض معينة، مثل: العقم الإضافي، العقم الابتدائي السرطانات، الحساسية، المنحفات، المسمنات المناعة، الزكام، الخلعة. ومن أكثر الأمراض التي يعالجها الالتهابات الفيروسية A.B.C، الحساسية الفصلية والدائمة، القولون العصبي. وهو يقدم خلطاته ووصفاته بحسب ما يشكو منه المريض، وفي بعض الحالات بناء على التحاليل الطبية التي يطلبها منه، مثل حالات العقم.

أما عن الإقبال الاجتماعي على التداوي بالأعشاب والخلطات، فإنه يصفه بالفائق، إذ له زبائن يترددون عليه من مناطق مختلفة من الوطن، حتى من خارجه (فرنسا، كندا..)، ويتعاملون معه، منذ سنوات، منهم الأطباء والصيادلة ومطببون تقليديون، وله حساب في موقع التواصل الاجتماعي "فيسبوك"، يسهل اتصاله بالمرضى، وزملائه في الطبابة التقليدية. وهو يرغب تعلم طرق أخرى من العلاج التقليدي، مثل: الإبر الصينية، وكذلك العلاج النفسي. كما يرغب أن يورث أبنائه طرقه في العلاج، حتى لا تندثر، ويعم النفع جميع شرائح المجتمع.

ويجزم هذا العشّاب أن تكون ثمة رقابة من مديرية الصحة على محلات العطارة، عدى دورات المراقبة لمديرية التجارة، للتأكد من صلاحية المنتجات فحسب. حيث يتم غلق أي محل يخل بذلك. أما فيما يخص اطلاعه على قوانين تنظيمية وطنية حول الطب التقليدي، يقول: "لم اطلع، لأنه لا وجود لأي قوانين في هذا الخصوص، فنحن مهمّشون وغير معترف بنا، وكأننا من السحرة والمشعوذين". وبالمقابل، فقد اطلع على تشريعات المنظمة العالمية للصحة.

الحالـــة الثالثـــة:

هما زميلين يعملان معا في عطارة للتداوي بالأعشاب، احدهما يبلغ 30عاما، والآخر35 عاما، ينحدران من ولاية عنابة، ويقطنان في البوني، الأول جامعي متخصص في **الهندسة المدنية Génie Civile**، الثاني له مستوى تعليمي ثانوي، خبرتهما في الميدان 4 سنوات، ومصدرها الطب النبوي والكتب المتخصصة، ولا يمارسان أي نشاطات مهنية أخرى. يحتوي محلهما للعطارة على 50 عشبة، بالإضافة إلى بعض الخلطات المستوردة مثل: الزنجبيل والقسط الهندي. ومعظم النباتات المتوفرة لديه مستوردة أيضا، أما محليا فإن بلدية البوني تزودهما ببعضها، مثل: الكاليتوس الزيتون، الريحان، النعناع البري. وأكثر الأمراض التي يعالجانها تتمثل في القولون، الزكام، السعال الإسهال، الإمساك. لكنهما لا يعدان خلطات، ولا يمارسان طرقا أخرى في الطب التقليدي. وهما يرغبان أن يرث أبنائهما طريقتهما في العلاج.

وفيما يخص الإقبال الاجتماعي على التداوي بالأعشاب، فإنهما يصفانه بالمتوسط، ولهما زبائن دائمون، يترددون عليهما منذ سنوات. وأكثر الأعشاب التي يطلبونها هي الزعتر، الزنجبيل، الشمر، الينسون. وهما يقدمان الوصفات بحسب ما يشكو منه المريض. وحول الجهة الرسمية التي تراقب محلهما يقولان أنه يخضع للرقابة الدورية لمديرية التجارة بولاية عنابة، وعن اطلاعهما على قوانين تنظيمية تخص الطب الشعبي، فإنهما قد اطلعا عل تلك الوطنية، وهي تهمّش كثيرا الطب التقليدي، إذ لا يتوفر تقنينه بعد، أما عن القوانين الصحية الدولية، يقولان أنهما اطلعا عليها، ووجدا أنها تثمن الطب التقليدي، وتجعل منه موضوعا للبحث العلمي، والندوات العلمية، لأجل تطويره والاستفادة منه.

3- تحليـــل ومناقشــة:

انطلاقا من الحالات المدروسة، يمكن أن نستشف خصائص وسمات هؤلاء الممارسين للتداوي بالأعشاب، ومصادر خبرتهم، ومدى الإقبال

الاجتماعي، على هذا النمط من الطب، وكذا تفحص الدور الرسمي للدولة في هذا الخصوص.

3-1- خصائص الممارسين للعلاج الشعبي ومصادر خبراتهم في التداوي بالأعشاب:

إن التداوي بالأعشاب لدى الممارسين له، في مجتمع الدراسة، لا يقوم على تكوين أكاديمي، في معهد خاص، حيث لا يلعب المستوى التعليمي دورا في تحديد كفاءة المعالج، وإنما هو خبرة ومران في الميدان لا غير. ولا يشترط أن يكون تراثا عائليا، أو مكتسبا من الثقافة المحلية للمنطقة وهذا ما يؤكد أن الطب التقليدي، لا يتقيد بإقليم معين، أو بثقافة معينة. وعليه فإن الطب التقليدي في هذه الحالة، يصبح تكميليا، كون العشّابين، يمارسون أنماطا من العلاج تكتسب من ثقافات أخرى، إما عن طريق محاضرات أو دورات تكوينية يقوم بها بعض الأخصائيون في مجال طب الأعشاب، من جزائريين وغير جزائريين، أو عن طريق أسفارهم أيضا. إضافة إلى ذلك فهم يستوردون بعض الخلطات والوصفات من الخارج، خاصة منها الآسيوية. وقد أسهم كل ذلك، في صقل تجربتهم وقدرتهم، على علاج كثير من الأمراض المستعصية، مثل: العقم، السرطان والسكري. في الوقت الذي عجزت فيه أساليب الطب الحديثة عن علاجها.

كما يعتمد الممارسون على اجتهاداتهم الفردية والشخصية، في معالجة بعض الأمراض، وهو ما يتمظهر في اختلاف الطرق والخلطات والنباتات المستخدمة من عشّاب إلى آخر. زيادة على اختلاف مصادر هذه الخبرة بينهم غير أنهم يشتركون جميعهم في مصدر واحد هو الطب النبوي، وهذا طبيعي كونه يرتبط بعقيدة الأفراد عموما (الإسلام)، وأن الطب النبوي، قد شكل منذ بداياته، القاعدة الأساسية لتصنيف الأمراض، وطرق علاجها بين المسلمين ولولا توارثه بينهم، لضاع هذا التراث الطبي الثمين. ولأن طب الأعشاب جزء

منه، فإن ممارسوه يرغبون توريثه لأبنائهم أيضا، مما يعني أن الطب التقليدي سوف يتم الاحتفاظ به في المجتمع، مهما تطورت تقنيات وطرق الطب الحديث.

3-2- الإقبال الاجتماعي على التداوي بالأعشاب ومواد الطبيعة:

يقبل الأفراد بكثرة على التداوي بالأعشاب، والخلطات الطبيعية، من الجنسين، لاسيما الإناث (السيدات)، وعلى اختلاف أعمارهم ومستوياتهم التعليمية، وهذا ما أكده الممارسون له، وما تمت ملاحظته أيضا، أثناء إجراء المقابلات والممارسين لطب الأعشاب، ويكون الإقبال عادة على المنتجات الطبيعية لغرضين: إما لعلاج بعض الأمراض التي تترنح غالبا بين الجلدية والباطنية. وإما للتجميل والرشاقة (زيوت الشعر ومراهم البشرة والمنحفات). وهذا لنجاعتها وفعاليتها، كونها من مستخلصات طبيعية إضافة إلى كلفتها المنخفضة، مقارنة بالأدوية الكيميائية. ويمكن تفسير هذا الإقبال الاجتماعي الكبير، على منتجات الطبيعة، بالعودة إلى ثقافة المجتمع المحلي، وتنشئته الاجتماعية، حيث لا يتردد الأفراد في استخدام وصفات علاجية من مواد الطبيعة، التي استخدمتها الجدات والأمهات، منذ أجيال لعلاج حالات الزكام والألم والحمى، مثل: عسل النحل والليمون وزيت الزيتون...الخ. فالمجتمع الجزائري في بعده التاريخي، كان ريفيا، وقد وجد أفراده في النباتات والأعشاب شفاؤهم من عدة أمراض، وهو ما يدفع بهم للعودة إلى الطبيعة، لاعتقادهم في قواها الشافية، خاصة حال عجز الطب الحديث عن ذلك، فيكون طب الأعشاب البديل عنه، وتكون توقعاتهم للشفاء عظيمة.

3-3- التشريـــع الجزائـــري والطب التقليـــدي (الشعبي):

يتضح من الحالات المدروسة، أن محلات الأعشاب والعطارة، لا تخضع لمراقبة مخبرية أو صحية، من طرف مديرية الصحة لولاية عنابة رغم أن ميدان الأعشاب هو طبي، وتتوجب موقعته ضمن انشغالات واهتمامات مديرية

الصحة، طالما أن هذه المحلات، تمارس دورا علاجيا طبيا، يقبل عليه الأفراد بقوة. في حين تخضع محلات العطارة، إلى مراقبة من طرف مديرية التجارة للولاية، للتحقق من صلاحية المنتجات المعروضة وجودتها، رغم أن بعض الأعشاب لا تتحدد بتاريخ معين، يمكن الحكم من خلاله على انتهاء صلاحيتها، مثل: الشيح، الزعتر...الخ. إن الدولة الجزائرية والحال هذه، تعتبر التداوي بالأعشاب، نشاطا تجاريا، أكثر منه ممارسة طبية، بحيث تتعامل ومحلات العطارة، كتعاملها ومحلات المواد الغذائية، ومقابل ذلك فإن مديرية الصحة، لا تتدخل تماما، في مراقبة المنتجات المعروضة، والتي تكون موجهة للعلاج، في المحل الأول.

إن الضبابية التي تعتري تموقع الطب التقليدي، بين نظامي الصحة والتجارة، ينم عن غياب مفهوم واضح ومحدد حول هذه الممارسة، التي تتسم بعدم التنظيم والعشوائية والاجتهادات الفردية، وهذا يطرح تساؤلا على مستوى التشريع الجزائري، وتنصيصه وتقنينه، فيما يخص الطب التقليدي وطرق ممارسته وممارسيه. بيد أن الوضعية المبهمة التي عليها الطب التقليدي هي تراكمات لعدم الاعتراف الرسمي به، منذ أولى المخططات الوطنية لتنمية نظام الصحة. وبغرض فهم واقع الطب التقليدي في المجتمع الجزائري سوف نقوم بقراءة سوسيولوجية لأهم محتويات قانوني الصحة في الجزائر والمتمثلة في قانون الصحة 1985، وقانون الصحة 2017.

3-3-1- قانــون الصحـــة 1985:

إن المطلع على قانون الصحة 05-85 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، يستشف أن هذا القانون ظل ساري التطبيق حتى أواخر 2017، بالرغم من أنه لا يعبر عن الفترة الراهنة، ولا يساير التغير السياسي والاجتماعي والاقتصادي، الذي خبره المجتمع الجزائري، في ميدان الصحة، فالقوانين التي سنت إبان التوجه الاشتراكي للدولة الجزائرية، لا تزال

تتعايش والتوجه الرأسمالي لها، وفي ظل ظروف مختلفة تماما، إذ يمثل هذا القانون رواسبا للنظام الاشتراكي، الذي تخلت عنه الدولة، والذي يتعارض مع أسس وأهداف النظام الرأسمالي. وهو لذلك يتموضع خارج المجال الزماني للمجتمع، بفارق كبير يزيد عن ربع قرن عملت خلاله الدولة الجزائرية، على تطبيب الصحة بشكل واضح، حيث تم التعامل والموضوعات ذات البعد السوسيو ثقافي بأسلوب آلي وفج. لقد ضم هذا القانون ثمانية أبواب رئيسية[1] تناولت بوجه عام، تنظيم المؤسسات الصحية والمشتغلين فيها(أطباء، أطباء أسنان، صيادلة..)، نوجزها فيما يلي:

- **الباب الأول: المبادئ والإجراءات الأساسية** يظهر هذا الباب هيمنة القطاع العام على مؤسسات الصحة، التي يحدد وظائفها في الفحص الطبي والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الحركي والعقلي، دون الإشارة إلى العلاقة بينها وبين المجتمع مثل: العلاقات الإنسانية، الاتصال الاجتماعي، التوعية الصحية..، كما يقترن التخطيط الصحي بالتخطيط الاقتصادي ولا ينفك عنه، وهو يشمل البنى التحتية، التجهيزات، الموارد البشرية، برامج التكوين برامج الصحة. فيما تمثل مجانية العلاج، الحق الوحيد والعرض الوحيد الموجه للمجتمع في الوقت نفسه، والذي يمارس داخل مؤسسات القطاع العام للصحة.
- **الباب الثاني: الصحة العامة والطب الوقائي** يركز هذا الباب عموما على تعريف الطب الوقائي بأنه مجموع عوامل البيئية التي تسهم في تخفيض أو استبعاد أو تحديد المعايير الصحية، التي تؤمن الظروف الصحية في الحياة والعمل. ثم تحديد الأطراف

1 Loi n : 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la sante (P.D.F).

المسؤولة عن الوقاية في المشتغلين في حقل الصحة عموما وتعيين المجالات التي تمارس فيها الوقاية، مثل الوقاية ضد الأمراض المتنقلة والمعدية والحوادث..، بالإضافة إلى محددات حماية الأمومة والطفولة من خلال إلزامية حيازة الدفتر الصحي.

- **الباب الثالث: الصحة العقلية** لم يرد تعريف واضح حولها، لكن حددت المؤسسات الصحية التي تتكفل بمن يعانون من أمراض عقلية، مثل المستشفيات المتخصصة، خدمات الأمراض العقلية وخدمات استعجالات الأمراض العقلية، للمستشفيات العامة، وحدة الشبكة الصحية القاعدية. بالإضافة إلى تفصيلات، حول نوعية المؤسسات الصحية وكذا الأطراف، التي تعنى بهذه الأمراض ومعايير المراقبة أثناء الإقامة الإستشفائية.
- **الباب الرابع: إجراءات متعلقة ببعض الأنشطة الوقائية والعلاجية** حيث يقدم العلاج الطبي للأفراد بواسطة البنى أو المؤسسات الصحية، وكذلك أماكن العمل، التكوين، المنزل، وفي مكان الحادث. وطرق العلاج الممكنة حسب الحالات.
- **الباب الخامس: الموظفين/ أو المشتغلين في الصحة** أدرجت قواعد عامة تخص الوظيفة في قطاع الصحة، كتحديد وظائف الأطباء، الصيادلة، جراحي الأسنان، وشروط أنظمة المران المهني لكل فئة مهنية.
- **الباب السادس: تمويل الصحة** يبرز مصادر تمويل مؤسسات الصحة والتي لا تنفلت عن القطاع العام للدولة.
- **الباب السابع: الإجراءات العقابية** والمتعلقة بالمشتغلين في الصحة، والإجراءات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية، وإن تم التعرض للاستغلال النباتات، بطرق غير مشروعة، لكن لم ترد أي

إشارة لممارسي التداوي بالأعشاب بشكل مباشر أو غير مباشر بالرغم من أن النباتات والأعشاب، تمثل المصدر الرئيسي للعلاج بالنسبة إليهم.

- **الباب الثامن: الإجراءات النهائية**

إن الأبواب التي تضمنها قانون الصحة 1985، لم يدرج أي ممارسة علاجية، خارج مؤسسات الطب الرسمي العمومي، حيث لم تتم الإشارة إلى ممارسة الطب التقليدي أو ممارسيها، بما فيهم العشّابين، رغم صلتهم بالممارسة الطبية، وإن تم اعتراف المنظمة العالمية للصحة، بالطب التقليدي منذ عام 1993. وهذا يفسر أن الطب التقليدي في الجزائر، لا يشكل أهمية من الناحية الطبية، وهو يتموقع خارج الممارسات الطبية، لانعدام قوانين ناظمة له وبالتالي عدم الاعتراف به، كطريقة في العلاج. فالطب التقليدي والحال هذه، يمثل مجرد رواسب ثقافية فحسب، ومن ثم يمكن موضعته ضمن التراث الثقافي للمجتمع، أو الفولكلور الشعبي، أكثر منه نمطا طبيا متعارفا عليه.

وهو ما يخبرنا أيضا، أن التخطيط للصحة، يتم بمعزل عن النسق الثقافي للمجتمع، الذي يعمل على تنميط كل الممارسات الصحية، والموضوعات والمعتقدات المتصلة بها. ويظهر ذلك جليا في الباب الأول من هذا القانون والموسوم بـ"المبادئ والإجراءات الأساسية". كما أن تموقعه خارج ممارسة الطب الرسمي في الجزائر، يسمح بإدراجه ضمن الأنساق الدينية وحتى السحرية طالما لا يوجد تعريف دقيق حوله، ويمارس بصفة معتمة وغير منظمة ولا مقننة في المجتمع، مع انعدام قائمة تحدد المنتجات أو المواد المصرح قانونيا باستخدامها، والتي لا تشكل خطرا أو ضررا على صحة الأفراد. وعلى العموم فإن قانون الصحة 1985 لم يقدم قوانينا لتنمية الصحة العامة، بقدر ما قدم تطبيبا للصحة، حيث لم تستفيد الدولة الجزائرية، من تراثها الثقافي الثري في الطب التقليدي، لدعم نظام الصحة فيها.

3-3-2- قانـــون الصحـــة 2017:

يمثل قانون الصحة 2017، مرحلة ما بعد الاشتراكية، التي هيمنت على نظام الصحة في الجزائر، حتى بعد التخلي عنها، وتبني الرأسمالية. وهو لذلك متزامن والظروف السياسية والاقتصادية الراهنة للدولة، ومساير لها. وهو يقدم مقاربة مغايرة لممارسة الصحة في المجتمع الجزائري، تم طرحها ضمن تسعة أبواب، سوف نستعرضها مع مقارنتها بقانون 1985، حول موقع الطب التقليدي من موادها، على النحو التالي:

الباب الأول: مبادئ وأحكام يدرج هذا الباب الجانب الاجتماعي، من خلال حق المواطن وواجباته في مجال الصحة، وتثمين دور المجتمع المدني وتحديدا جمعيات الأفراد المرضى، في تحسين الصحة وترقيتها. وهو ما غيب في سابقه قانون 1985. في حين تتم الممارسة الصحية، في ظل نسق من القيم يعكس قيمة اجتماعية عليا، تتمثل في المساواة، والتي بناء عليها، شرعت مجانية العلاج، وهو ما لم يختلف فيه والقانون السابق عليه. ورغم أن تنصيص **المادة 4**:"ترتكز السياسة الوطنية للصحة لا سيما، في تنفيذها على العمل القطاعي المشترك، عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة وتنظيمهم وتوجيههم"[1]. فإن ممارسي الطب التقليدي مقصيون، رغم كونهم فاعلين في مجال الصحة، غير أن ممارساتهم لم تقنن، وتركت للعشوائية، في الوقت الذي تعلن فيه الجزائر عن إنشاء مرصد للصحة، هدفه تقديم توصيات، حول كل المسائل المتعلقة بمجالات الصحة.

هذا، ويتعامل هذا القانون والصحة، على اعتبارها واجبا على الدولة وحقا للمجتمع، والذي يتمثل في مجانية العلاج، إحلالا لقيمة المساواة الاجتماعية التي أرادت الدولة بسطها، بإدراج القطاع الخاص للصحة، لتدعيم القطاع العام

---

1 الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مشروع تمهيدي يتعلق بالصحة 2017 (P.D.F)، المادة رقم: 04، ص 8.

لها، غير أن هذا التكامل الوظيفي بين القطاعين، يدعم كم الخدمات الصحية ولا يدعم نوعية الرعاية الصحية، والتي تعتبر حقا اجتماعيا كذلك. أما عن حقوق المرضى وواجباتهم فإن حقوقهم تتحدد عموما في الممارسات الطبية المعروفة، إضافة إلى الحق في طبيب مرجعي، يضمن تسلسل علاجه، مع تمكينه من بطاقة صحية الكترونية، تساعد كلا من المريض والطبيب الاطلاع على ملفه الطبي.

الباب الثاني: الحماية والوقاية في الصحة هي مسؤولية كل المؤسسات الصحية في الدولة، إلى جانب إدارة الجماعات المحلية (البلدية..) لإشباع الحاجات المطلوبة، في مجال الصحة. أما عن إّعداد البرامج الوطنية للصحة والإشراف عليها وتقييمها بصفة دورية، تكون وظيفة الوزير المكلف بالصحة بالتعاون مع جميع القطاعات المعنية. بمعنى، أن الحماية والوقاية تحتكرها مؤسسات الطب الرسمية فقط، فيما يتم إقصاء واستبعاد كل الأطراف، التي يمكن لها أن تسهم، في تطوير وتدعيم نظام الصحة. لكن في الوقت نفسه يظهر هذا القانون من خلال بعض مواده[1]، تناقضا صريحا، حيث يظهر في الباب الأول أن مجانية العلاج حق للمجتمع، ولكنه يبين أن التلقيح والأمراض المنتقلة جنسيا والأمراض غير المنتقلة، وحدها المعنية بذلك. أما الأمراض المنتقلة، فإنها تستثنى من هذا الإجراء، لدفع المرضى نحو القطاع الخاص للصحة، من باب التكامل الوظيفي بين قطاعيها العام والخاص. وهنا قد يفسح المجال للبدائل والخيارات الاجتماعية، في التوجه نحو ممارسي الطب التقليدي طلبا للعلاج، خاصة بين الفئات الهشة في المجتمع. وبالتالي، تعمل الدولة على تكريس الطب التقليدي، كبديل مباشر للطب الحديث، في الوقت الذي تتجاهله، ولا تعترف به، ضمن تشريعاتها.

---

1 المصدر السابق، انظر المواد التالية: المادة 39، المادة 41، المادة 47.

الباب الثالث: حماية المرضى المصابين باضطرابات عقلية أو نفسية ويتضمن تحديد المؤسسات الصحية، التي تتكفل بهم، ومختلف الإجراءات المتعلقة بعلاجهم. حيث تم التعامل ونوعية المرض بشكل آلي، وإن كانت هذه الأمراض عموما، لم ترق إلى الاعتراف الاجتماعي بها، بين بعض الفئات الاجتماعية مثل: الصرع، انفصام الشخصية..، حيث يتوجه الكثير من المرضى، إلى الطبابة التقليدية لعلاجها، إما بالأعشاب، أو طرق أخرى كالرقية الشرعية أو زيارة الأولياء الصالحين، كون البنية الثقافية للمجتمع، ترجع مثل هذه الأمراض، إلى عوامل غيبية فوق طبيعية، كالمس أو العين الشريرة. وعليه يكون من الضرورة بمكان، أن يحدد المشرع الجزائري، وعلى نهج العديد من الدول الأعضاء في المنظمة العالمية للصحة، والجزائر عضو فيها، قائمة بالمنتجات والممارسات والممارسين للطب التقليدي، حتى تدعم نظامها الصحي من جهة، وحتى لا يتجه البعض إلى السحرة والمشعوذين، الذين لا يمتون للطب بصلة.

الباب الرابع: **تنظيم المنظومة الوطنية للصحة وتمويلها** ومن جملة ما تركز عليه المنظومة الوطنية للصحة، تنظيم وترقية التكوين والبحث في علوم الصحة. وينبغي في هذا المجال، أن يتم البحث في طرق الطب التقليدي وتطويرها، والحرص على جودتها ومأمونيتها، للاستفادة القصوى منها.

الباب الخامس: مهنيو الصحة يتحدد من خلال هذا الباب أن ممارسي الطب التقليدي، غير معترف بهم في التشريع الجزائري، سواء في قانون 1985 أو قانون 2017. حيث اعتبر مهنيا أو موظفا في الصحة: "كل شخص ممارس وتابع لهيكل أو مؤسسة للصحة، يقدم في نشاطه المهني خدمة صحية أو يساعد فيها، أو يساهم في انجازها، ويعتبر كذلك مهني الصحة، المستخدمون

التابعون للمصالح الخارجية، الذين يقومون بمهام تقنية، وتحقيقات وبائية والمراقبة والتفتيش"**1**.

يندرج ضمن هذا الباب أيضا، فئة ممارسي نشاط التفتيش، ويعد من بين ما يكلفون به:"مراقبة الهياكل والمؤسسات والهيئات وكل مكان آخر تمارس فيه نشاطات الصحة أويتم فيه إنتاج مواد الصحة أو إيداعها أو تسويقها أو استيرادها أو شحنها أو تخزينها أو تحليلها"**2**. غير أن الحالات المدروسة لممارسي التداوي بالأعشاب، تؤكد عدم خضوع منتجاتهم إلى المراقبة الصحية رغم أن محلات العطارة – من خلال ملاحظة الباحثة– كانت في مجملها تضم منتجات من مواد الطبيعة، أغلبها مستوردة من دول آسيوية وأوروبية وهوما قد يعرض الأفراد للخطر، إذ يقتني الكثيرون هذه المنتجات المعروضة بناء على عامل الثقة في العشّاب المعني لا أكثر. في حين تؤكد الحالات المدروسة، أن محلاتهم إنما تخضع لرقابة مديرية التجارة، للتحقق من صلاحيتها وجودتها وكذا حيازتهم للسجل التجاري. معنى هذا، أن الطب التقليدي يستبعد من المجال الطبي، ويدمج في المجال الاقتصادي (التجاري) باعتباره نشاطا تجاريا، وليس ممارسة طبية.

الباب السادس: **المواد الصيدلانية** يفترض ضمن هذا الباب، أن تدرج قائمة منتقاة من طرف خبراء الصحة والمخبريين، تتحدد ضمنها مختلف الأعشاب والنباتات ومواد الطبيعة، التي تستخدم لغرض العلاج، الذي لا يقتصر على الكيماويات فقط، وهذا ضمانا لجودة المنتجات ومأمونيتها، على المستهلكين لها، وهو ما يتوجب أن يندرج ضمن واجبات الدولة في الصحة العامة.

الباب السابع الأخلاقيات والأدبيات والبيو أخلاقيات الطبية: ويتضمن تحديدا لأهم مكونات النسق القيمي، والمتمثلة في قيم احترام الآخر (المريض)، وتزويده

---

1 المصدر السابق، المادة رقم: 251، ص 35.

2 المصدر السابق، المادة رقم: 278، ص 40.

بالمعلومة عن ما يتعلق بوضعه الصحي، أما فيما يخص البيو أخلاقيات الطبية فيقصد بها كافة التدابير المرتبطة بالنشاطات المتعلقة بنزع الأعضاء وزرعها، والأنسجة والخلايا، والتبرع بالدم البشري...الخ. والتي لا تتم إلا بموافقة المريض أو المعني، و أن لا تكون محل صفقة مالية.

الباب الثامن أحكام جزائية يتضمن جملة العقوبات التي تصدر في حق المخالفين للنصوص أو المواد القانونية، التي تحدد وظائف المؤسسات الصحية والمشتغلين فيها. أو بعض النشاطات التجارية ذات الصلة مثل بيع التبغ للقصر، لكن لم ترد أي مادة قانونية تشير بشكل أو بآخر إلى الطب التقليدي أو ممارسيه، حال إخلالهم بقواعد النظافة أو حفظ المواد المعروضة، مما يؤدي إلى تهاون البعض، أو استخفافهم بما يمارسونه، على صحة الأفراد أو المرضى.

الباب التاسع أحكام انتقالية وختامية: يتضح من خلال الاطلاع على قانوني الصحة 1985 و2017 غياب أي قوانين ناظمة للطب التقليدي (الشعبي) ممارسة وممارسين، في التشريع الصحي الجزائري، مما يجعله متروكا للعشوائية والعبث، ومستبعدا عن المجال الطبي، والرعاية الصحية إجمالا، ليندرج ضمن النشاطات التجارية، وهو ما يفسح المجال لاختراقه من قبل غير الأكفاء والمتطفلين والانتهازيين، إذ يمثل بالنسبة لهؤلاء، مصدرا للربح السريع. كما يمكن أن يمتزج بالخزعبلات والطرق والطقوس السحرية، وكل الممارسات غير المعقولة. ما يشكل خطرا كبيرا على صحة الأفراد. حيث لم نعثر بين كل المواد القانونية السابقة والراهنة، على تعريف له، ولا إشارة إلى طرقه أو حتى التلميح إليها، بشكل مباشر أو غير مباشر. الأمر الذي يعني عدم اعتراف الدولة الجزائرية به كممارسة طبية.

إن الإقصاء الذي تمارسه الدولة الجزائرية، على الطب التقليدي من خلال تشريعاتها، يسد فرص تطويره، من قبل مراكز البحوث العلمية المتخصصة

بالشكل السليم والمرجو، وبالتالي الاستفادة منه في دعم النظام الصحي، أو جعله دعامة أساسية لإيتاء الرعاية الصحية، وهو ما انتهجته العديد من المجتمعات في العالم. ورغم تنصيص المنظمة العالمية للصحة حول ضرورة تشريع الدول الأعضاء لقوانين ناظمة للطب التقليدي، وأن تدرس إمكانيات ممارساته ومنتجاته، في أقاليمها ومجتمعاتها، والتفكير في مزيد من التشريعات حوله، إن دعت الضرورة. إلا أن الجزائر ورغم عضويتها في المنظمة، لم تبادر إلى تجسيد ذلك. ولم تأت على ذكر الطب التقليدي بتاتا، ضمن قوانينها الصحية. فالطب التقليدي والحال هذه، يترنح بين التجاري والمعتقدات الاجتماعية، لذلك فهو يمثل خيارا، وليس توجها، لأن التعامل الاجتماعي معه يتم بشكل منفصل عن الطب الحديث، وليس بشكل متكامل معه أو مندمج فيه.

خـاتمة

في ضوء ما تم تناوله، سوف نقترح جملة من التوصيات، التي نأمل أن تسهم ولو بالقدر الضئيل، في تثمين ممارسة الطب التقليدي، والاستفادة منه ليكون دعما للنظام الصحي في الجزائر.

1- صياغة تعريف واضح للطب التقليدي (الشعبي) ضمن التشريع الجزائري للصحة، لتحديد طبيعته، مجالاته، وما يندرج ضمن أنواعه أو خارجها.

2-حفز البحوث الاستراتيجية في الطب التقليدي، من خلال تقديم الدعم لمشروعات البحوث الإكلينيكية حول سلامته وفعاليته.

3- وضع قائمة واضحة تظهر المنتجات والتركيبات التي يسمح المشرّع بتداولها، بغرض العلاج، بإيعاز من مراكز البحوث العلمية المتخصصة حرصا على جودته ومأمونيته.

4- إدراج الطب التقليدي، ضمن كليات الطب، بغرض التكوين الأكاديمي والتخصص فيه، والتمرس على أهم طرقه مثل الحجامة، على غرار ما قامت به دول عديدة في هذا المجال.

5- وضع شروط محددة لممارسة الطب التقليدي، أهمها شهادة من المعهد أو الكلية التي تلقى فيها الممارس تكوينه، حتى لا تترك ممارسته للعشوائية والعبث والانتهازية.

6- السعي إلى دمج الطب التقليدي والطب الحديث في المنظومة الصحية لأجل التكامل بين النمطين، والاستفادة من طرقه، في دعم الرعاية الصحية للمجتمع الجزائري.

❁❁❁

المصـادر والمراجـع:

أ- المصـادر:

[1]- القرآن الكريم: برواية ورش.

[2]- Loi n : 85-05 du16 février 1985 Rlative à la protection et à la promotion de la sante (P.D.F)

[3]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مشروع تمهيدي يتعلق بالصحة 2017 (P.D.F).

ب- المراجـع:

[4]- إبراهيم مذكور وآخرون، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب 1975.

[5]- ابن القيم الجوزية، الطب النبوي، دار الكتب العلمية- بيروت، (د.ت).

[6]- خزعل الماجدي، بخور الآلهة (دراسة في الطب والسحر والأسطورة والدين)، الأهلية للنشر والتوزيع- عمان، ط1، 1998.

[7]- د.س. جارفيس، الطب الشعبي، ترجمة: أمين رويحة، دار القلم – بيروت، ط3، 1974.

[8]- رابح سعدان، الحياة الاجتماعية في الفضاءات العمرانية الجديدة – المنطقة الحضرية للبوني- عنابة- نموذجا، مذكرة مكملة لنيل درجة ماجستير في علم الاجتماع، تخصص: التنمية والتغير الاجتماعي، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار- عنابة، 2007/2006.

[9]- سمير إبراهيم حسن، الثقافة والمجتمع، دار الفكر- دمشق، 2007.

[10]- عبد الغني عماد، سوسيولوجيا الثقافة (المفاهيم والإشكاليات...من الحداثة إلى العولمة)، مركز دراسات الوحدة العربية-بيروت، ط1، 2006.

[11]- كلود ليفي شتراوس، الأنثروبولوجيا البنيوية، ترجمة: مصطفى صالح، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي- دمشق، 1977.

[12]- محمد أحمد بيومي، المجتمع والثقافة والشخصية (دراسة في علم الاجتماع الثقافي) دار المعرفة الجامعية- الإسكندرية، 1986.

[13]- محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة- عمان، ط1، 2009.

[14]- محمد عباس إبراهيم، الثقافة الشعبية (الثبات والتغير)، دار المعرفة الجامعية- الإسكندرية، 2009.

[15]- منصف المرزوقي، الدليل في التثقيف الصحي، الدار التونسية للنشر والمؤسسة الوطنية للكتاب- الجزائر، 1985.

[16]-Encyclopédie Encarta 2002 (article: Médecine) Microsoft ,tous droits réservées

[17]- Khayati Mohamed, Histoire de la médecine en Algérie, ANPE, 2000, www.santetropicale.com

ج- المواقع الإلكترونية:

[18] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html

[19] . ttp ;//www. net alexagri

[20]https://v.b.eldwly.net

[21] http://cupping.khayma.com/fassed/human Anatomy.htm

[22]http://cupping.khayma.com/hejama/typecupping.htm

[23]http://www.who.int/medicines/areast/traditional/definitions/en/

الصّحة من منظور التنمية البشرية

د. مهدي عـــورام
استاذ محاضر (ب)- قسم علم الاجتمـــــاع
جامعة البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج- الجزائر

مقدمـة

تحتل الصحة مكانة أساسية في مجال التنمية البشرية، كونها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني، فبقاء واستمرارية الإنسان والحماية من المرض هما صلب الرفاه البشري، ومن منطلق أن الصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم، أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة والعجز؛ فإنه يقلص هذه القدرات الإنسانية الأساسية ويؤدي بالإنسان إلى الضعف والوهن، وعدم القدرة على تلبية احتياجاته.

أمام تزايد الدعوات، المُنادية بضرورة توفير الرعاية الصحية وتحسينها من طرف المنظمات والهيئات العالمية المختصة في مجال الصحة، وكذا ما تبذله الدول من مجهودات قصد توفير وتحسين رعاية صحية لمواطنيها بالإضافة إلى هذا؛ فإن التنمية البشرية تجعل من الصحة ركيزة أساسية ضمن مؤشراتها، التي تعتمد عليها في إعداد وإصدار تقاريرها حول وضعية التنمية البشرية في مختلف دول العالم، فالمتمعن في هذه التقارير يتأكد لديه أنها في كل مرة تحمل قضايا جوهرية مثل: التعليم، التغذية، الصحة، المياه المشاركة السياسية، حقوق المرأة وغيرها، من القضايا المثارة على مستوى المجتمعات خاصة المجتمعات النامية أو المتخلفة.

من هذا المنطلق، فإن التنمية البشرية ليست عملية عشوائية، أو بعبارة أصح إنها ليست مجرد شعار ترفعه المجتمعات للتعبير عن اهتمامها بالعنصر

البشري، فهي غاية إنسانية، وتنطوي على أهداف تتعدد وتلتقي في نفس الوقت عند الإنسان وما يتعلق به في حياته.

ويمكن تلخيص أهم أهداف التنمية البشرية – والتي يصعب حصرها– في النقاط التالية:1

- توفير التعليم لكافة أفراد المجتمع: فالعلم أساس الحياة الإنسانية، وهو سبيل رقي الإنسان في سعيه لتحقيق غاياته الاجتماعية والاقتصادية، بل هو كذلك حماية الإنسان من الجهل والتخلف.
- توفير مناصب العمل: فالعمل هو الوسيلة التي من خلالها يلبي الإنسان احتياجاته المادية واللامادية، والعمل هو حماية لكرامة الإنسان.
- تحسين مستوى الصحة: فالصحة هي من أساسيات الحياة، فالمحافظة عليها من الأمراض وتحسينها لضمان استمرارية الإنسان وقدرته على العمل يكون من خلالها، بل حياته وصحته منذ أن يكون طفل رضيع إلى شيخوخته.

والمتتبع للتطورات التي شهدها قطاع الصحة في الجزائر، يتأكد لديه أن هناك مجهودات معتبرة قامت بها الدولة في إطار تحسين وتطوير قطاع الصحة، وذلك من خلال الهياكل القاعدية المنجزة والإصلاحات التي لحقت بالقطاع، سواء من الناحية التنظيمية أو من حيث تنمية الموارد البشرية العاملة في هذا القطاع، ففي هذا المجال . الموارد البشرية . تشير الإحصائيات إلى تخرج عدد معتبر من الطلبة في الاختصاصات المختلفة التابعة لقطاع الصحة، " ففي وثيقة احصائية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحمل عنوان" الوضعية الديموغرافية والصحية" أن القطاع سجل سنة 2014 سجل ما يلي: 22.515 طبيب مختص(دون حساب الأساتذة والأساتذة المبرزين والأساتذة

---

1 . عبد الله عطوي: **السكان والتنمية البشرية**، دار النهضة العربية، بيروت،2004، ص23

المساعدين الذين بلغ عددهم 14.788) و30.972 طبيب عام، و12.872 طبيب أسنان، و11.047 صيدلي و121.803 مستخدمي الشبه الطبي."[1]

لعل هذه الإحصائيات تشير إلى التطور من حيث تعداد الموارد البشرية العاملة بقطاع الصحة، الأمر الذي ساعد على توفير خدمات صحية للسكان مقارنة بالسنوات الماضية خلال عقد الثمانينيات أو حتى التسعينيات، غير أن الملاحظ سواء من خلال الواقع المعاش أو ما تتناقله وسائل الإعلام المستقلة في الجزائر أن الخدمات الصحية لا زالت بعيدة عن مستوى الخدمات الصحية المتوقعة أو حتى بالمقارنة مع مستويات الخدمة الصحية في دول مجاورة، حتى لا نقارنها بمستويات الخدمة الصحية في دول أوروبية.

في مقابل هذا الطرح سجلت الجزائر على مستوى تقارير التنمية البشرية، التي تأخذ بعين الاعتبار مؤشر الصحة كأحد أهم المؤشرات في حساب دليل التنمية البشرية تطورا ضمن ترتيب تقارير التنمية البشرية، حيث سجلت الجزائر منذ سنة 2011 إلى سنة 2014 المراتب الآتية: المرتبة 96،المرتبة 93، المرتبة 93 المرتبة 84 على التوالي، الأمر الذي يؤكد على وجود تحسن على مستوى التنمية البشرية في الجزائر.

في ظل هذا الإطار تأتي هذه الورقة البحثية للبحث في الصحة من منظور التنمية البشرية مع الإشارة لواقع الصحة في الجزائر.

1 . مفهوم الصحة وأهم مؤشراتها:

يعتبر مفهوم الصحة اليوم من أصعب المفاهيم تعريفا وتحديد، فإذا كانت كلمة الصحة تندرج يوميا في كلامنا وخطاباتنا للتعبير عن أحوالنا ووجودنا فإنها لا تفهم دوما من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول. من المؤكد أن

---

1 . جريدة الجزائر: العدد 818 ليوم 17 جويلية 2016، تم التحميل من الموقع الإلكتروني للمجلة **www.eldjazair365.com** مقال بعنوان : تعرف على عدد الأطباء في الجزائر، تاريخ الاطلاع 10. جانفي . 2018 على الساعة 16.21

صحتنا تشغل بالنا واهتماماتنا وعندها يتلاقى الناس سواء في شكل تجمعات أو فرادى.

إنها مفهوم يعبر عن الوجود من جهة، ومن جهة أخرى هي مفهوم علمي؛ تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

ومفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان والمكان أي بحسب الظروف والعوامل المحيطة بالإنسان، وبحسب تطور العلوم الطبية، حيث يعرفها 'توماس بنس' بأنها:" تعني العلاقة بين الشخص وجسده، من العلاقة الموجودة مع الأقارب ومع الخطاب الطبي ومع الثقافة."[1]

كما أن مفهوم الصحة من بين المفاهيم التي يغلب عليها طابع التجريد، فقد يكون تعريف المرض أكثر سهولة من تعريف الصحة، ففي هذا الإطار يقول' ف. مطراني' أن مفهوم الصحة "يشكل نظاما من التمثيلات أكثر عمومية من مجرد مقابلة بينه وبين عناصر المرض، بل بالعكس يأخذ هذا النظام من التمثيلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية والاجتماعية لكل جماعة إنسانية."[2]

يقصد بالصحة كذلك: "توفر كافة الإمكانيات الوقائية والعلاجية الملائمة والكافية (كما ونوعا وتوزيعا) لضمان مستويات صحية لائقة، فعلى الأصعدة الفردية والجماعية والمجتمعية عموما، لا يعتبر غياب المرض بمختلف مظاهره مساويا للصحة، بل إن مفهوم الصحة يتعدى ذلك، ليشمل حالة كلية من الرفاه

---

1 نور الدين حاروش: **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن 2012، ص 71

2 La Sante et la maladie concepts, déterminants et – UNFPA Tunisie, p 01 نقلا من

تاريخ الاطلاع: 2017/10/28www.unfpa-tunisie.orgالموقع الإلكتروني

للصحة المادية والجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية للأفراد والجماعات في المجتمع ."1

فالاهتمام بصحة الفرد تعتبر الأساس لبقائه، فالرعاية الصحية تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية وتوفر الخدمة الصحية اللازمة في حالة المرض وذلك عن طريق المستشفيات أو غيرها من المصحات الطبية ولاشك أن توفير الصحة يعتبر من الحقوق الرئيسية للأفراد.

فقد كانت الدول تنظر إلى الخدمات الصحية على أنها: "خدمات اجتماعية ليست ذات صفة إنتاجية، تجود بها الدول وتمنحها لشعبها إذا توافر لديها فائض في ميزانيتها، أما إذا قصرت تلك الموارد فإنها تمنعها عن الشعب ولا تقوم بها."2

إلا أن هذه النظرة اعتبرت نظرة تقليدية وتغيرت بعدما تبين أن خطط التنمية لا تقف فقط على رأس المال المادي، وإنما لابد من العامل الذي يستثمر هذا المال، العامل المتعلم المثقف المدرب والمكتمل الصحة. وهو ما يطلق عليه علماء الاقتصاد بـ "رأس المال الإنساني" الذي يستطيع تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

من هذا المنطلق جاءت المواثيق والدساتير تؤكد حق المواطنين في التمتع بالرعاية الصحية الجيدة واعتبرت ذلك من أولى مقتضيات العدالة الاجتماعية وحقا من حقوقهم، وليست هبة أو منحة تمنح إليهم. وهذا ما أكده دستور هيئة الصحة العالمية في الكثير من فقراته منها على سبيل المثال:3

---

1 نائل عبد الحافظ العولمة، **إدارة التنمية، الأسس، النظريات، التطبيقات العملية**، دار زهران، الأردن، 2012، ص158

2 هشام مصطفى الجمل، **دور الموارد البشرية في تمويل التنمية**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط1 2010، ص 443

3 نفس المرجع، ص 444

أ . أن التمتع بأعلى مراتب الصحة أحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان بغير ما تمييز لجنسه أو دينه أو عقيدته السياسية أو حالته الاقتصادية والاجتماعية.

ب . أن صحة كافة الشعوب تعد عامل رئيسي نحو تحقيق السلام والأمن في العالم، وأنها تعتمد على التعاون الوثيق بين الأفراد والدول.

ج . التباين في مدى ما تحققه الدول المتخلفة نحو تحسين الصحة والتغلب على الأمراض المعدية لما لها خطر على البشرية عامة.

تولى الدول الحديثة أهمية فائقة لموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسين ظهرا في المجتمعات الحديثة:[1]

- اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية، كحق أساسي لكل مواطن، وتبنيها لذلك عمليا حيث نصت على ذلك الحق بصراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها، ومما يذكر بهذا الاعتراف بالصحة كحق لكافة المواطنين، ومحاولة توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل عادل ومتوازن، هو نتيجة للاتجاه الفكري الحضاري الذي يؤكد على أن توفير الخدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول إليها والانتفاع بها، من قبل كافة الأفراد في المجتمع هو حق أساسي لكل مواطن، كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية.
- رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين، بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع، فهنالك علاقة وترابط قوي بين

---

1 فريد توفيق نصيرات: **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ط1، 2008، ص 53.

صحة الفرد وصحة المجتمع، حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر إضافة إلى العلاقة القوية بين التنمية الصحية والتنمية الشاملة، فتمتع الفرد بصحة جيدة يزيد من إنتاجيته وبالتالي مقدار مساهمته في تحقيق أهداف التنمية الشاملة، بينما يؤدي المستوى الصحي المتدني للفرد والمجتمع إلى عرقلة الجهود المبذولة في هذا السبيل.

ويمكن تلخيص أهم **مؤشرات الصحة في النقاط التالية:1**

- توقع الحياة عند الولادة بالسنوات.
- معدل مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الميلاد بالسنوات.
- معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي).2
- معدل وفيات الرضع (احتمال الوفاة بين الميلاد والسنة الأولى من العمر لكل مولود حي).
- معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن الخامسة لكل 1000 مولود حي)
- معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و60 سنة لكل 1000 ساكن).
- نسبة وفيات الأمومة لكل 100000 مولود حي.
- معدل الوفيات الناجمة عن أسباب محددة لكل 100000 ساكن.
- توزع سنوات العمر المفقودة حسب الأسباب الأعم (%).

---

1 المنظمة العالمية للصحة، **إحصائيات الصحة العالمية**،www.oms.com تاريخ الزيارة 12 /11 /2013 الساعة 15.00 ص 33.

- توزع أسباب الوفيات بين الأطفال، اللذين تقل أعمارهم عن 05 سنوات (%).
- معدل انتشار السل لكل 100000 ساكن .
- معدل حدوث السل لكل 100000 ساكن كل سنة.
- معدل انتشار فيروس الايدز بين الكبار البالغين من عمر 15 سنة فما فوق لكل 100000 ساكن.

الجدير بالإشارة في هذا المؤشر – الصحة – أن هناك أخطار تهدد الصحة، حيث نبه تقرير التنمية البشرية الصادر سنة 2009 إلى الأخطار الأساسية، التي تهدد الصحة بالنسبة إلى الأغلبية العظمى من السكان، ألا وهي الأمراض والأوبئة المعدية السريعة الانتشار، والوفاة والمرض المرتبطان بالفقر والبيئات غير الآمنة، وكذا تهجير الجماعات البشرية. يمكن التطرق لأهم الأمراض المستعصية، والتي تفتك بشعوب العالم النامي خاصة منها:

. الملاريا: وهو مرض يسببه طفيلي يدعى "المتصورة"، وينتقل ذلك الطفيلي إلى جسم الإنسان عن طريق لدغات البعوض الحامل له، ثم يشرع في التكاثر في الكبد ويغزو الكريات الحمراء بعد ذلك، ومن أعراض الملاريا الحمى الصداع والتقيؤ، وتظهر تلك الأعراض عادة بعد مضي 10 أيام إلى 15 يوما على التعرض للدغ البعوض. ويمكن للملاريا إذا لم تعالج أن تهدد حياة المصاب بها بسرعة، من خلال عرقلة عملية تزويد الأعضاء الحيوية بالدم. وقد اكتسب الطفيلي المتسبب للملاريا في كثير من أنحاء العالم القدرة على مقاومة عدد من الأدوية المضادة له. ومن التدخلات الرامية إلى مكافحة الملاريا التعجيل بتوفير العلاج الناجع، المتمثل في المعالجات التوليفية التي تحتوي على مادة الأرتيميسينين. فلقد أودت الملاريا في عام 2009 بحياة نحو مليون نسمة

معظمهم من الأطفال الأفارقة، وهي من الأمراض التي يمكن توقيها والشفاء منها.1

يشير التقرير الخاص بالملاريا في العالم 2010 إلى أن عدد حالات الملاريا بلغ 225 مليون حالة في عام 2009، وأن عدد الوفيات منها بلغ قرابة 781000 وفاة في العام نفسه. الجدير بالذكر أن معظم من يموتون بسبب هذا المرض هم أطفال يعيشون في إفريقيا، حيث لا تمر45 ثانية إلا وتشهد وفاة طفل جراء الملاريا، وحيث بات هذا المرض يقف وراء 20 % من مجموع حالات وفيات الأطفال.2

هناك أمراض أخرى مثل: السل، الإيدز وأمراض حديثة تقتل الكثير من البشر عبر أنحاء العالم.

---

1 من الموقع الإلكتروني: www.oms.com المنظمة العالمية للصحة، مواضيع صحية، تاريخ الزيارة 12 /10 /2017 ، الساعة 15.00

2 من الموقع الإلكتروني:www.oms.com المنظمة العالمية للصحة، صحيفة وقائع رقم 94، أكتوبر 2011 تاريخ الزيارة 12 /10 /2017، الساعة 15.30.

- البهارسيا هي مرض من جنس الطفيليات من صنف المثقوبات شعبة الديدان المسطحة، مسبب لداء البهارسيا، تنتشر هذه الطفيليات بصورة رئيسية في إفريقيا حيث بلغ عدد الإصابات المرضية حوالي 100مليون إصابة. نقلا من الموقع الالكتروني www.startimes.com/ ?t=29531131

** التراكوما أو التراخوما أو الرمد الحبيبي، مرض معدي تسببه نوع من البكتيريا للعين، يؤدي الاحتكاك الدائم للرومش بالقرنية بعد مرور الوقت إلى العمى، نقلا من www.ar/wikipedia.org/wiki/

*** الاميبية أو الأميبيا هو مرض طفيلي معدي وخطير، كما أنه يعرف أيضا باسم الدوستاريا، وينتقل عن طريق العدوى بأشكال كثيرة (كالطعام ومياه ملوثة، وهو مرض يصيب الأمعاء الغليظة، وقد يصيب أعضاء أخرى من الجسم، نقلا من: /www.ar/wikipedia.org/wiki

****الاسكارس هو مرض يصيب الإنسان من خلال الديدان المستديرة الطفيلية، ينتشر في المناطق الاستوائية والمناطق التي تنعدم فيها النظافة والصحة العامة، وهو مرض معدي ينتقل من خلال الطعام والمياه الملوثة نقلا من /www.ar/wikipedia.org/wiki

يعد انخفاض المستوى الصحي للأفراد وانتشار الكثير من الأمراض والأوبئة منبعها الفقر الذي تعانيه الشعوب، إذ تعاني تلك الشعوب من انخفاض المستوى الصحي ونقص الغذاء والدواء بها، ونستدل على ذلك من تتبع الجدول التالي الذي يوضح لنا مدى الإصابة ببعض الأمراض المتوطنة في الشعوب الفقيرة.

جدول رقم (01): يوضح مدى الإصابة ببعض الأمراض المتوطنة في الشعوب الفقيرة خلال فترة الثمانينات1.

المرض	عدد المصابين بـ المليون نسمة
الملاريا	250 مليون نسمة
البهارسيا*	200 مليون نسمة
التراكوما**	40 مليون نسمة
السل	20 مليون نسمة
الأميبة ***	400 مليون نسمة
الإسكارس****	700 مليون نسمة

فإذا نظرنا في هذه الأمراض وانتشارها في الدول الفقير، لتوصلنا إلى نتيجة هامة هي أن انتشار القاذورات وغياب النظافة وانعدام الوعي الصحي، ونقص التغذية وسوء أحوال المعيشة، وعدم وجود المساكن الصحية المناسبة ومياه الشرب النقية، والصرف الصحي وتلوث الهواء والبيئة، كل هذه العوامل هامة في انتشار تلك الأمراض، وبهذا فإن مؤشر الصحة يعد جانب مهم لزيادة الإنتاجية بالنسبة للفرد والمجتمع لأنه:2

- يساهم في معالجة الضعف والوهن وعدم القدرة على التحمل للقوى العاملة؛

1 هشام مصطفى الجمل، **دور الموارد البشرية في تمويل التنمية**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط1، 2010، ص 447

2 إبراهيم مراد الدعمة: **التنمية البشرية (الإنسانية) بين النظرية والواقع**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 132

- يوسع ويحسن قاعدة الموارد البشرية.

2 . العوامل المؤثرة في الصحة:

هناك جملة من العوامل المؤثرة في الصحة منها ما هو مرتبط بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية، ومنها ما يرتبط بالبيئة وعوامل متعلقة بالإنسان وحالته النفسية، ويمكن أن نورد بعض المؤثرات على النحو التالي:1

أ . الفقر مثلا يؤدي إلى سوء التغذية وانتشار الأمراض المعدية، وارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال عامة، والأطفال حديثي الولادة بصفة خاصة، والغنى أيضا من ناحية أخرى، يتسبب في الإصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والضغط والاكتئاب.

ب . المشكلات الصحية الناجمة عن الظروف الصحية والبيئية التي تشمل: السكن الرديء ونقص مياه الصالحة الشرب أو رداءة نوعيتها واختلاطها بمياه الصرف الصحي، والمخلفات الصلبة والتلوث، ومخاطر المهنة.

ج . المشكلات الصحية الناجمة عن الازدحام، والافتقار إلى الوعي الصحي، والأمراض المعدية (المستعصية) والأمراض الطفيلية والأمراض المرتبطة بسوء التغذية، فضلا عن المشكلات الصحية الناشئة عن ظروف تعرض الإنسان للتوتر والإجهاد، والتي تؤدي إلى اضطرابات ذهنية وعاطفية.

بناء على ما سبق ذكره، يمكن اعتبار الرعاية الصحية هي نوع من أنواع الاستثمار البشري، فمن خلالها يمكن للموارد البشرية أن تتكون كما وكيفا فمن الناحية الكمية نجد أن الرعاية الصحية تساعد على تقليل نسبة الوفيات بين

---

1 المرجع نفسه، ص 133

الأطفال والشباب، وهذا من شأنه أن يزيد من تعداد السكان وبالتالي القوى البشرية القادرة على العمل والإنتاج، ومن الناحية الكيفية، فإن الرعاية الصحية تساعد في القضاء على أمراض سوء التغذية التي تضعف حيوية الأفراد، ومن ثم تجعل الحياة عبئا ثقيلا عليهم، فتحسين صحة الأفراد يؤدي إلى زيادة قدراتهم وكفايتهم الإنتاجية في العمل.

نظرا لأهمية المستوى الصحي العام للأفراد؛ اعتبره دليل التنمية البشرية المؤشر الأول لقياس التنمية البشرية، ليس هذا فقط بل إن مستوى الصحة له تأثير هام ويعتبر محدد أساسي من محددات التنمية الاقتصادية، وذلك لأن الأفراد المنتجين إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة؛ فإنهم يساهمون بقدر كبير في العملية الإنتاجية، أما إذا كان مستوى الصحة العام لهم دون المستوى فسوف ينعكس ذلك على قدرتهم الإنتاجية، ومن ثم مشاركتهم في العملية الإنتاجية والتي يعبر عنها بالناتج المحلي الإجمالي، وتتجلى كذلك أهمية الصحة في عملية التنمية الاقتصادية، في الاهتمام الذي أولاه الاقتصاديون القدامى والمحدثين وأفردوا لها فرعا خاصا تحت عنوان "**اقتصاديات الصحة**" يتم فيه دراسة العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية، وكيف تؤدي الصحة إلى تحقيق تنمية اقتصادية، وإن كان للمستوى الصحي العام أهمية بالغة في التنمية الاقتصادية فهو أيضا أساس التنمية البشرية، الذي يحقق مع التنمية الاقتصادية تنمية شاملة ومستدامة، لذلك جاء المؤتمر الأول لدليل التنمية البشرية، الذي أعده برنامج الأمم المتحدة للإنماء، وهو يعكس مستوى الصحة العام للأفراد، والذي يدل عليه العمر المتوقع عند الولادة، فالصحة من المتضمنات المهمة للتنمية البشرية والتحسينات في الصحة والتغذية كما هو التعليم ربما يكونان السبب أو نتيجة للنمو الاقتصادي.

فالتنمية البشرية عن طريق تحسين الصحة للسكان العاملين بشكل خاص والسكان بشكل عام، من خلال برامج صحية عامة جيدة، تعد أمرا هاما بالنسبة

لزيادة النشاط الإنساني والإنتاجي، ومنه يزيد الدخل، وتحسين الصحة يزيد من فاعلية قوة العمل أيضا وذلك من خلال معالجة الضعف والوهن وعدم القدرة وخفض معدلات وفيات الأطفال، هذه كلها تؤدي إلى توسيع قاعدة الموارد البشرية والخيارات التي من خلالها تتحقق أهداف الفرد والمجتمع، إضافة إلى ذلك، فقد أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان دون تمييز، ومن ثم فإنها حاجة من حاجات الإنسان الأساسية، فحياة الإنسان الخالية من العلل يعتبر هدف من أهداف الأساسية للتنمية البشرية.

3 . الصحة في الجزائر:

أصبحت مسألة الصحة من المسائل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء تلك المتقدمة أو المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية البشرية، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها بالنسبة للفرد المجتمع معا، فهي كذلك عنصر أساسي لإحداث التنمية بكل مجالاتها، فمن غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية من دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وأداتها.

فقد شهدت السنوات الأخيرة من مسيرة وتطور المجتمع الجزائري، والإنجازات المحققة في ميادين عديدة بما في ذلك تحسن صحة الناس، فقد شهدت الجزائر إنجازات هامة في مجال انخفاض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول إلى المياه الصالحة للشرب والسكن اللائق وغيرها كما شهدت إحراز كبير على مستوى إنشاء الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها، بمعنى أن هناك تطورات سواء كمية أو نوعية على المشهد الصحي في الجزائر، من حيث عدد الهياكل والإمكانيات المتاحة لهذا القطاع.

3 . 1 . واقع التنمية الصحية في الجزائر:

يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد، فكلما ارتفع معدل الأمل في الحياة دل ذلك على ارتفاع معدل التنمية الصحية، ومن بين الأساليب المستخدمة في تقييم مجهودات بلد ما في مجال التنمية الصحية، نجد أسلوب التكلفة والفعالية الذي يعد من الأساليب الأكثر استعمالا نظرا لسهولته وإمكانية تطبيقه، ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن هدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم المنفعة الصحية (الفعالية) اعتمادا على الموارد المتوفرة (تكلفة)، ومن أجل تقييم التنمية الصحية وفقا لهذا الأسلوب، يمكن اللجوء إلى تقسيم المعيارين السابقين إلى العديد من المعايير الفرعية:1

أ – بالنسبة لتقييم الحالة الصحية للسكان، يمكن استخدام معاملات خاصة بالوفيات، والحالات المرضية كمعدل الأمل في الحياة، معدل الوفيات حسب السن، ومعدل الإصابة بالأمراض وعدد الحالات المرضية، ومعدل العجز وغيرها.

ب – أما بالنسبة إلى مستويات نفقات الصحة، فلأن المعايير المستخدمة عادة تتمثل في نسبة النفقات الصحية استنادا إلى الناتج المحلي الإجمالي.

جدول رقم (02): يوضح تطور معدل الأمل في الحياة في الجزائر في الفترة الممتدة من 2007 ـ 2014

السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
معدل الأمل في الحياة (سنة)	72	72	73	73	73	76.4	77	77.2

المصدر: إعداد شخصي

1 بومعراف اليأس، عماري عمار، **موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي**، مجلة الباحث، العدد 07، 2009 – 2010، ص29

يتضح لنا من خلال الجدول أن معدل الأمل في الحياة في تزايد وهذا دليل على التحسن في الحالة الصحية للسكان في الجزائر بالرغم من تطوره البطيء فقد يكون تحسن الظروف المعيشية وكذا تطور على مستوى الثقافة الصحية للمواطن ووعيه بضرورة الرعاية الصحية وتجنب ما يكون له أثر سلبي على صحته، أو تحسن الخدمات الصحية كذلك، إلا أن هذا لا يغطي على الارتفاع المتزايد للأمراض المختلفة في المجتمع الجزائري، فمعدل الأمل في الحياة يعكس فقط متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد، ولا يظهر طبيعة الأمراض التي انتشرت في المجتمع.

3 . 2 . إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر:

"أقر مجلس الوزراء في 14 أفريل 2008، خطة لإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، حيث تقوم على إعداد خارطة صحية جديدة؛ تساعد في ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج إلى جانب إنشاء أقطاب صحية، في مخطط بعيد المدى للنهوض بالقطاع الصحي مع آفاق عام 2025، لقاء مخصصات مالية تزيد عن 1819.63 مليار دينار جزائري بغرض الوصول إلى مستوى المؤشرات الصحية المسجلة حاليا في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، وتتوقع دراسات استشرافية في الجزائر أن يبلغ عدد السكان حدود 44.8 مليون نسمة سنة 2025، كما تشير الدراسات ذاتها إلى وصول معدل الولادات إلى 16.9 في الألف، ومعدل الوفيات العامة إلى 4.5 في الألف ومعدل النمو إلى 1.24%، ومعدل طول العمر إلى 80 سنة، وستكون لهذه التحولات الديمغرافية آثار على التركيبة السكانية وتجديدها"[1]، وكذا على الاقتصاد والمجتمع، وهو ما يجعل السلطات الجزائرية تقتنع بحتمية تسريع

---

1 الموقع الالكتروني: www.crin.org/resources/infodetail.asp,Algeria plan to reform Heath system, Kamel el sherazy, 20/04/2008, تاريخ التصفح 23-11-2017, على الساعة. 18.00

الإصلاح الصحي يقوم على تقريب الصحة من المواطن وترتيب مستويات العلاج، مع إعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي، والتكفل بالانتقال الوبائي، والفوارق الجغرافية، وتحسين نوعية الخدمات، التي طالما اشتكى المواطنون من رداءتها.

من أجل تحقيق هذه الغايات المرجوة من تحسين الصحة؛ أعدت وزارة الصحة برنامج شاملا، يقضي "بإنجاز 88 مستشفى عاما و94 مستشفى متخصصا وأربع معاهد محلية متخصصة، فضلا عن 311 عيادة متعددة التخصصات و221 هيكلا صحيا آخر، كما تقرر التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامج وقاية وثمانية برامج علاج، وأربعة برامج دعم بتكلفة 92 مليار دينار جزائري"،1 وسيتيح هذا الإصلاح تسيير الأدوية، من خلال إنشاء وكالة مركزية لتسيير المواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة، وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي أمام القطاع الخاص الجزائري والأجنبي، مع تعيين الأطباء الأخصائيين في مناطق الجنوب والهضاب العليا، وتطوير التكوين وتدعيم التأطير، وتسعى الخطة الحكومية إلى تطوير تسيير المؤسسات الاستشفائية وفق مقاييس عالمية للتسيير وتنظيم التمويل، وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وبأمنه، إضافة إلى إزالة الفوارق الجهوية على مستوى تغطية الخدمات الصحية، وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لكافة الولايات. كما "تراهن السلطات العمومية على إيصال الأدوية الجنيسة إلى مستوى 80% من الاستهلاك الإجمالي"**2**، والنهوض بعمليات جراحية كانت صعبة وفي غاية التعقيد، أو كانت بحاجة إلى مختصين متمرسين، وتدعيم صحة الأم والطفل، كما سجل في خطة الإصلاح هذه الاهتمام بالصحة

---

1 نفس الموقع الإلكتروني، في نفس تاريخ التصفح.

2 الموقع نفسه، التاريخ والتوقيت نفسه

المدرسية. ما يلاحظ على مضمون هذه الخطة الإصلاحية للمنظومة الصحية في الجزائر، أن هناك:

- ✓ وعي من طرف السلطات العمومية بضرورة الاهتمام أكثر بالصحة والخدمات الصحية للمواطن؛
- ✓ ضرورة توفير مختلف الإمكانيات المادية البشرية المناسبة والمؤهلة علميا لتطوير الصحة؛
- ✓ اهتمام الدولة بتوفير مختلف الخدمات الصحية والتكفل الجيد بالمرضى من خلال توفير مراكز ومستشفيات عبر ولايات الوطن مع فتح مجال الاستثمار أمام القطاع الخاص الجزائري والأجنبي؛
- ✓ إعادة تنظيم تسيير المؤسسات الصحية وفق آليات تتماشى والتغيرات المحيطة؛
- ✓ توفير خدمات صحية جيدة مع توفير الأدوية المناسبة والفعالة من خلال إعادة النظر في تسيير المواد الصيدلانية.

مما لاشك فيه، ومن الناحية النظرية أن ما جاء في خطة الإصلاح هو قفزة نوعية على مستوى الصحة في الجزائر، غير أن الملفت للانتباه هو الواقع المعيش، الذي يوضح لنا وجود اختلالات وتجاوزات في قطاع الصحة بصفة عامة، أي بمعنى من حيث واقع تسيير المرافق العمومية، أو من حيث الخدمات الصحية المقدمة، أو من حيث توفر الأدوية وتوزيعها. فالملاحظ أن المواطن الجزائري لا يزال يعاني من صعوبة الحصول على سرير في المستشفى العمومي أو على رعاية صحية بمستوى جيد، مع انتشار ظاهرة الأخطاء الطبية بشكل مخيف، بالإضافة إلى النقص الفادح في بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية للأطباء الأخصائيين، خاصة في مناطق الجنوب أو المناطق النائية، مع الإشارة إلى فكرة في هذا المجال، وهي أن هناك بعض الأمراض المعدية في صورة مرض السل لا تزال موجودة بجانب تنامي أمراض أخرى، مثل: ارتفاع ضغط

الدم الشرياني والأمراض القلبية وداء السكري، والسرطان، وأمراض التنفس المزمنة (الربو) والأمر الذي زاد الوضع كارثية هو ضعف الحصص من الأدوية الجنيسة والأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة.

جدول رقم (03):

يوضح تطور المنشآت القاعدية في قطاع الصحة في الجزائر من 2008 إلى 2010.

المنشآت / السنوات	2008	2009	2010
مؤسسة استشفائية عامة	190	192	194
مؤسسة استشفائية	04	04	04
مراكز استشفائية جامعية	13	13	13
مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01
مؤسسة استشفائية متخصصة	75	61	64
المؤسسات العمومية الجوارية	271	271	271
تجمع : عيادات متعددة الخدمات	1419	1436	1491
قاعات العلاج	5077	5258	5350
دور الولادة العمومية	419	427	431
دور الولادة الخاصة	85	94	97
مجموع دور الولادة	504	521	528
مركز طبي اجتماعي	611	614	616
مختبرات النظافة الوبائية	50	50	50
عدد أسرة المستشفيات	60532	61690	61779
الصيدليات منها الخاصة%	8477 7509 88.58	8837 7876 89.13	9264 8322 89.83
المنشآت الخاصة			
عيادة طبيب مختص	5621	5904	6208

عيادة طبيب عام	6202	6206	6315
عيادة جراحة الاسنان	4717	4909	5105
عيادة ممارسة مجموعة	301	335	376

تدل هذه البيانات على تطور المنشآت القاعدية لقطاع الصحة في الجزائر من سنة 2008 إلى 2010، هذه التطورات الحاصلة، وإن كانت في ظرف سنتين فقط، تدل على الأهمية التي أولتها الدولة لقطاع الصحة، تزامنا مع الإصلاحات التي شهدها القطاع، بالإضافة إلى زيادة الطلب الاجتماعي على توفير المرافق والخدمات الصحية في ظل انتعاش اقتصادي شهدته الجزائر، مما ساعد على توفير وإنشاء المرافق الصحية، كما نلاحظ من خلال بيانات الجدول هو بروز القطاع الخاص في مجال الصحة، سواء على مستوى الصيدليات أو على مستوى العيادات والمصحات الخاصة، الأمر الذي من شأنه أن يساعد على توفير خدمات صحية ورعاية صحية ترقى إلى مستوى مقبول ضمن مؤشرات التنمية البشرية. كما "تطور عدد الأطباء في مقابل عدد السكان لكل طبيب على سبيل المثال: سنة 2009 تم تسجيل طبيب واحد لكل 1475 نسمة ومختص واحد لكل 2052 نسمة، وصيدلي لكل 4492 نسمة، وطبيب أسنان جراح لكل 3241 نسمة، وشبه طبي واحد لكل 370 نسمة."[1]

بالإضافة إلى اصدرته وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات من خلال وثيقة تحمل عنوان "الوضعية الديمغرافية والصحية" لسنة 2014 حيث قدمت إحصائيات تتعلق بقطاع الصحة سواء من حيث الهياكل القاعدية التابعة للقطاع أو من حيث التكفل على مستوى التغطية المتعلقة بالموارد البشرية العاملة في ذات القطاع، "بلغت حصة التغطية الطبية سنة 2014 معدل طبيب مختص

---

1 الديوان الوطني للإحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962 . 2011، الجزائر، نقلا من الموقع الالكتروني:www.ons.dz تاريخ التصفح: 18 . 10 . 2017 على الساعة 20.00

واحد لأزيد من 3.300 نسمة، وطبيب عام واحد لحوالي 1.800 نسمة وصيدلي واحد لـ6.300 نسمة، وطبيب أسنان واحل لأقل من 4.000 نسمة."[1]

هذه الإحصائيات المرتبطة بتطور حجم الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة تؤكد على ذلك التحسن على مستوى توفير الإمكانيات البشرية التي كانت تشكل في السابق أحد أهم مشاكل القطاع (نقص المختصين والمؤهلين في مجال الصحة)، الأمر الذي أثر سلبا على تغطية الخدمات الصحية في الجزائر، لكن بالرغم من هذا التحسن على مستوى الموارد البشرية من حيث الكم، غير أنه تبقى جملة المشاكل المتعلقة بالقطاع مرتبطة بهذا العنصر (الموارد البشرية) سواء من حيث التكوين العلمي أو من حيث مستوى العلاقات الاجتماعية (التعامل مع المريض) ومشاكل أخرى مرتبطة بهذا المورد، تعيق تحسين الخدمات الصحية و تطويرها وفقا للمعايير العالمية.

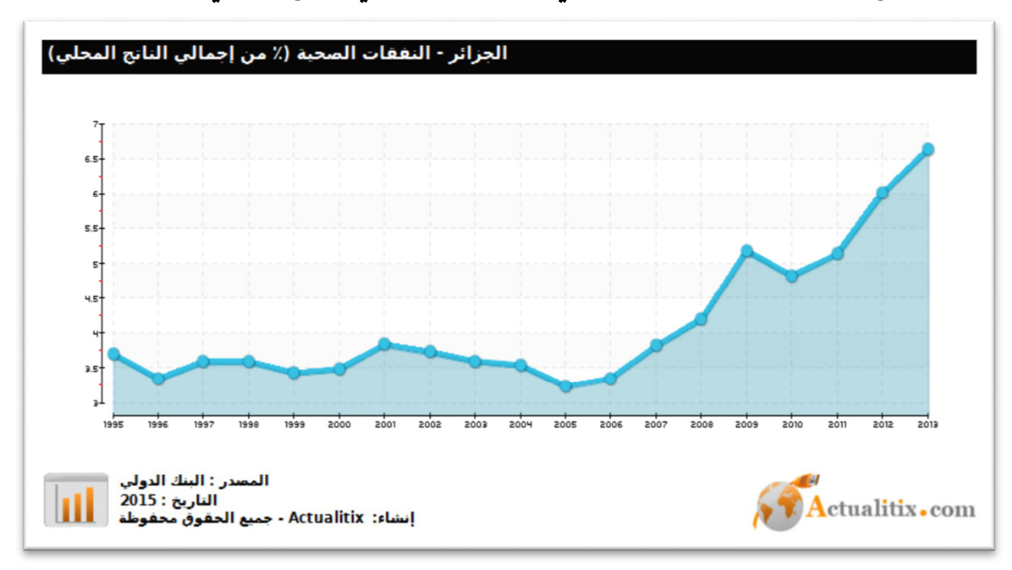
في مقابل هذا، قامت الدولة خلال السنوات القليلة الماضة بإنجاز عدة هياكل قاعدية تابعة لقطاع الصحة و تكوين موارد بشرية مؤهلة (أطباء، شبه طبي، ...إلخ)، بشكل يسمح لتغطية نسبة كبيرة من السكان من تلقى الرعاية والخدمة الصحية، وهذا يرجع في الأساس إلى التطور الحاصل على مستوى التعليم العالي، من حيث تخرج طلبة في تخصصات الصحة، مع زيادة في توفير مختلف الإمكانيات المادية والبشرية لقطاع الصحة، حيث "استفاد قطاع الصحة ضمن برنامج التنمية الخماسي 2010 . 2014 من غلاف مالي يقدر بـ 619 مليار دج في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010 . 2014".[2]

1 ـ جريدة الجزائر: مرجع سابق، من نفس الموقع الإلكتروني، في نفس تاريخ الاطلاع .

2 الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي 2010 . 2014

الشكل البياني رقم (01):

يوضح تطور النفقات على الصحة في الجزائر من إجمالي الناتج المحلي1:



الملاحظ من خلال هذا الشكل البياني، لتطور النفقات العمومية للجزائر الموجهة لقطاع الصحة، أنها كانت قبل سنة 2005 أكثر من 03 مليار دولار أمريكي من الناتج الإجمالي المحلي، ليشهد قطاع الصحة بعد سنة 2005 تحسن على مستوى حجم النفقات الموجهة إليه، نتيجة الوضعية المالية والاقتصادية المريحة، حيث بلغت سنة 2013 أكثر من 6.7 مليار دولار أمريكي، كما أشار برنامج التنمية للخماسي 2010- 2014 إلى "ضرورة تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية، مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و34800 سرير في أفق سنة 2015".2

1: البنك الدولي 2015، نقلا من الموقع الإلكتروني:
www.data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?end=2015&locations=DZ
تاريخ الاطلاع 22 . 11 . 2017

2 . الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي 2010 . 2014.

3 . 3 . القطاع الخاص في مجال الصحة بالجزائر:

يمثل القطاع الخاص أحد مرتكزات التنمية الاقتصادية والاجتماعية في معظم بلدان العالم، والجزائر في ظل سعيها نحو التوجه لتطبيق آليات اقتصاد السوق والدخول في النظام الرأسمالي بشكل فعلي، جعلت من القطاع الخاص الوطني يكون أحد أطراف المعادلة الاقتصادية والاجتماعية، التي يمكن أن تعتمد عليها لتقديم وتوفير مختلف الاحتياجات الوطنية، فمن بين القطاعات التي شهدت دخول القطاع الخاص، قطاع الصحة، وذلك عن طريق تشجيع الاستثمار في مجال الصحة، وقد شهد دخول القطاع الخاص لهذا المجال عدة مراحل نوردها في الآتي:1

- تطور وتنصيب واعتماد العيادات الخاصة في المدن؛
- الترخيص بفتح العيادات الخاصة المتخصصة؛
- الانفتاح الكامل، وزيادة في عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم أو لحساب القطاع الخاص.

والمؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء، تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف.2

فالمشرع الجزائري سمح للقطاع الخاص بمزاولة نشاطاته في مجال الصحة، من حيث بعض التخصصات المتمثلة في الفحص الطبي والاستكشاف والتشخيص والاستعجالات الطبية والجراحة، مما يؤكد أن هناك دور منتظر وأهمية لوجود القطاع الخاص ضمن هذا المجال الذي يعتبر من بين مرتكزات التنمية البشرية.

---

1 -Fatima Zohra Oufrtiha, **De Reforme Un Système de Santé A croisée des chemins**. Alger, 2006, p203

2 الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، العدد 67، المادة 02، مرسوم تنفيذي رقم 07 . 321، يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، ص: 11

جدول رقم (04)

يوضح تطور عدد الهياكل التابعة للقطاع الخاص في مجال الصحة، من 2000 .2014

السنة	العيادات الطبية الجراحية	العيادات الطبية	مراكز حقن الدم	عيادات الأمومة	النقل الصحي	عيادات متخصصة	عيادات عامة	عيادات جراحة الأسنان	الصيدليات	مخابر التحاليل الطبية
2000	–	–	–	–	**20**	–	–	–	**4587**	**212**
2001	–	–	–	–	**27**	–	–	–	**4778**	**206**
2002	–	–	–	–	**36**	–	–	–	**5001**	**232**
2003	**127**	**17**	**41**	–	**49**	**4700**	**5996**	**3755**	**5502**	**140**
2004	**134**	**19**	**49**	–	**66**	**4844**	**6068**	**3920**	**5857**	**204**
2005	**151**	**23**	**48**	**7**	**85**	**4573**	**5990**	**3832**	**5849**	**267**
2006	**160**	**24**	**58**	**9**	**124**	**4962**	**6102**	**3930**	**6285**	**278**
2007	**165**	**23**	**64**	**9**	**141**	**5095**	**6205**	**4120**	**7459**	**286**
2009	**198**	–	**102**	–	**188**	**5904**	**6206**	**4909**	**7876**	–
2010	**205**	**29**	**121**	–	**200**	**6208**	**6315**	**5105**	**8322**	–
2011	**217**	**33**	**130**	**16**	**251**	**6457**	**6334**	**5249**	**8760**	–

2012	224	38	164	16	278	6776	6335	5368	9135	514
2014	220	24	132	18	282	7742	6654	5928	9794	-

الملاحظ من بيانات هذا الجدول أن هناك تطور على مستوى تعداد المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في مختلف مجالات وميادين الصحة، ولعل ما يبرر هذا التطور هو تحسن الوضعية المالية للدولة خلال هذه الفترة، الأمر الذي ساعده على فتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في مجال الصحة ومن جهة أخرى قد ساعد هذا الاستثمار الخاص على تحسين الخدمات والرعاية الصحية للمواطنين، غير أن هناك بعض القضايا المتعلقة بتسيير هذه المؤسسة خاصة على صعيد الجانب المالي أي التكاليف المالية الباهظة التي تستخدمها هذه المؤسسات الخاصة. لا سيما في ظل غياب أو ضعف الرقابة.

لا يعد القطاع الخاص في الجزائر في مجال الصحة حديثا، ولو ليس بهذا التنظيم وحجم مؤسساته، إلا أن ثقافة تسيير هذه المؤسسات بدأ ينتظم تدريجيا ويصبح طرفا أساسيا في منظومة الصحة، كما أن اتجاهات المواطنين نحو هذه المؤسسات أصبحت تتشكل نتيجة الانتشار الواسع لهذه المؤسسات، وكذا ضعف أداء المؤسسات العمومية في مجال الصحة.

عموما يمكن الإقرار بأن قطاع الصحة في الجزائر عرف تطورات هامة على مستوى الإمكانيات المادية والهياكل القاعدية للقطاع، مع تطور في تعداد الموارد البشرية التي تعمل في القطاع بمختلف الفئات المهنية التابع له وهذا ما جعل من الخدمة الصحية في الجزائر تعرف تحسن كبير مقارنة مع السنوات الماضية، خاصة بعد السماح للقطاع الخاص بالنشاط في هذا المجال وفتح عيادات ومصحات تابعة للقطاع الخاص، الأمر الذي سمح بالمساهمة في تحسين الجانب الصحي للمواطنين، غير أن هذه التطورات ينتابها الكثير من

المشاكل، التي من شأنها أن تعرقل تطور تحسين الخدمة الصحية في الجزائر فالمشاكل المهنية لعمال القطاع (الإضرابات المتتالية لعمال القطاع الصحي) والمشاكل التنظيمية والتسييرية (الإهمال والتسيب) وما يحدث في كثير من المستشفيات من مشاكل في نقص الأدوية أو عدم وجود الأطباء المختصين ...الخ، كل هذا يعتبر بمثابة عراقيل تقف أمام تحسين الخدمة الصحية للمواطن، ناهيك عن المشاكل التي يعاني منها المواطن أثناء القيام بالعلاج في بعض المستشفيات، من معاملات مع مختلف العاملين بالقطاع. فهناك بعض المعاملات السيئة التي يتلقى المواطن من طرف العاملين في المستشفيات العمومية، بالإضافة إلى الاعتماد على الوساطة في بعض الحالات، ناهيك عن وجود بعض المشاكل المتعلقة بالعيادات والمصحات التابعة للقطاع الخاص سواء من حيث الجانب المالي (التكاليف المرتفعة للعلاج)، أو من حيث الأخطاء الطبية التي أصبحت من بين القضايا الشائعة في مجال الصحة بالجزائر.

خـاتمة:

بالرغم من التطور العلمي الحاصل في مجال الصحة، وكذا التقنيات الحديثة المستخدمة في هذا المجال، إلا أن موضوع الصحة لا يزال يثير جملة من القضايا خاصة في الدول النامية ومنها الجزائر، ولعل من بين هذه القضايا نجد قضية ضعف تكوين الموارد البشرية المؤطرة في قطاع الصحة، حتى وإن كانت هناك كفاءات إلا أن طريقة التعامل مع المريض هي أهم سلبية تثار في قطاع الصحة بالجزائر، ناهيك عن الأخطاء الطبية وكذا سوء تنظيم وتسيير المرافق العمومية الخاصة بقطاع الصحة، لعل هذه أبرز المظاهر السلبية التي دفعت بالكثير من المواطنين للجوء إلى دول أخرى مثل تونس وتركيا وغيرها ولعل ما تبثه وسائل الإعلام من حالات إنسانية لطلب الإعانة أو ما تقوم به

بعض الجمعيات الخيرية (التبرع بالمال) لبعض الحالات المرضية التي لم تجد علاجا في الجزائر لخير دليل على الوضع الذي آلت إليه الصحة في الجزائر.

في هذا الصدد؛ من بين التوصيات التي يمكن إدراجها في هذا المجال واستنادا إلى جملة المعطيات سواء العلمية (من خلال الاطلاع على عدة مراجع في موضوع الصحة) ومن خلال هذه الورقة البحثية كذلك، أو من خلال التجارب الشخصية في إطار التعامل مع المؤسسات الصحية أو ما تتناقله وسائل الإعلام الوطنية من حالات كثيرة نتيجة عجز قطاع الصحة بالتكفل بها، يمكن أن نورد ما يلي:

- ✓ ضرورة تبني ثقافة عمل إيجابية تحمل هذه الثقافة قيم وأساليب تعامل إنساني بين الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي مع المواطنين على اختلاف مستوياتهم المادية والاجتماعية أي (حسن المعاملة)
- ✓ التطبيق الصارم للقوانين المنظمة لتسيير مختلف المؤسسات الصحية تفاديا للإهمال والتسيب الذي جعل من المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها تعرف تدهورا كبيرا.
- ✓ التكوين العلمي لمختلف الفئات العاملة بالقطاع، وذلك تماشيا مع مختلف التطورات العلمية والتكنولوجية الحاصلة في مجال الصحة.
- ✓ ضرورة تنمية الثقافة الصحية بالنسبة للمواطن بحيث تكون الوقاية هي الأساس في الحفاظ على صحة المواطن.

❁❁❁

قائمة المراجع

الـكتب:

1) إبراهيم مراد الدعمة: **التنمية البشرية (الإنسانية) بين النظرية والواقع**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2009

2) هشام مصطفى الجمل، **دور الموارد البشرية في تمويل التنمية**، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، ط1، 2010

3) بومعراف اليأس، عماري عمار، **موقع التنمية البشرية ضمن الإصلاح الهيكلي**، مجلة الباحث، العدد 07، 2009 . 2010

4) فريد توفيق نصيرات: **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ط1، 2008نائل عبد الحافظ العولمة، إدارة التنمية، الأسس النظريات، التطبيقات العملية، دار زهران، الأردن، 2012

5) نور الدين حاروش: **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2012

6) عبد الله عطوي: **السكان والتنمية البشرية**، دار النهضة العربية، بيروت،2004

7-Fatima Zohra Oufrtiha, **De Reforme Un Système de Santé A croisée des chemins**. Alger, 2006

المواثيق الرسمية:

1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، العدد 67، المادة 02، مرسوم تنفيذي رقم 07 . 321، يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها.

2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، برنامج التنمية الخماسي 2010 . 2014

المواقع الالكترونية

1) www.oms.com
2) www.unfpa-tunisie.org
3) www.crin.org/resources/infodetail.asp
4) www.oms.com www.oms.com
5) www.eldjazair365.com

التلوث البيئي وإهمال البعد الجمالي والاجتماعي في التخطيط العمراني

د. جمال بن خالد.
أستاذ محاضر قسم (أ) - قسم علم الاجتماع.
جامعة محمد بوضياف- المسيلة

مقدمة

يعتبر النمط العمراني الصورة الحقيقية لمفهوم التنمية الحضرية للمدينة كونه حصيلة التفاعل القائم بين مجموعة من العوامل التاريخية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية والطبيعية وحتى الدينية التي تفاعلت وتداخلت مع بعضها البعض مشكلة نمطا عمرانيا مميزا، منها أساليب البناء ومواد إنشائها بالإضافة إلى طبيعة الأقاليم والعادات وأصل السكان، وحتى الأوضاع الصحية والاجتماعية لأفراد المجتمع.

فالنمو الديمغرافي المتسارع والنزوح الريفي إلى المدينة والرغبة في عيش حياة حضرية هنيئة والاستفادة من كل ما تتميز به المدن أدى إلى تزايد الطلب على السكنات والتجهيزات المرافقة لها، التعليمية منها والدينية والخدماتية وشبكة الكهرباء والمياه الصالحة للشرب والصرف الصحي والنقل الحضري وغيرها هذا عجل بظهور نماذج سكنية جديدة ميزت أغلب الأنسجة العمرانية للمدن الصناعية في بادئ الأمر لتشمل باقي مدن العالم فيما بعد خاصة تلك التابعة لدول العالم الثالث، والتي أضحت تمثل بؤرا لكل أنواع التهميش والجريمة والأمراض، والبناءات الفوضوية والقصديرية، والتلوث البيئي الذي أصبح يميز الكثير من المدن، وكذا الاكتظاظ والزحام على الخدمات التي أصبحت بعض الأحياء الحضرية تعجز عن تقديمها بسبب زيادة الحجم السكاني بالمدينة.

فانتشرت الأوساخ وتراكم الفضلات بسبب رميها من النوافذ والشرفات وفي الطرقات عشوائيا، والمياه القذرة الراكدة وسط الأحياء والعمارات.

وعليه فإن عدم إدراج الاحتياجات الإنسانية الأساسية كمرحلة مهمة في الدراسات العمرانية عبر كل المدن في العالم الثالث خاصة، والتي رغم تعميم دراستها إلا أن المشاكل المتعلقة بالتخطيط العمراني لم تجد بعد حلا نهائيا لبلوغ مستوى راحة أفراد المجتمع بمختلف فئاتها المعاقة منها والسليمة، فالعديد من الأحياء السكنية تعيش مشاكل عديدة على كل المستويات وذلك بسبب سوء التخطيط في الأحياء جراء البيروقراطية من جهة، والتلاعب بالصفقات من جهة أخرى.

هذه الظاهرة رغم بساطتها البادية للعيان إلا أنها من الناحية السوسيولوجية تعبر عن فعاليات ومقاربات اجتماعية متجذرة في المجتمع كالتنافس والصراع الموجود في المجتمع، وقد تعبر في بعض الحالات عن تدهور العلاقات الاجتماعية بين سكان الأحياء الحضرية الجديدة وما هو موجود في المدينة.

لذا يجب على صناع القرار والقائمين على مثل هذه التجمعات وضع سياسات حضرية، واستراتيجيات بديلة للحد من هذه الظواهر التي باتت تنخر الميزانية العامة للدول.

هل التلوث البيئي يرتبط بثقافة السكان؟ وبنمط الحي السكني وخصائصه العمرانية والاجتماعية؟

وهل يراعي المخططون حاجات المجتمع وخصائصه الاجتماعية والثقافية في عملية التخطيط؟

وهل غياب الثقافة البيئية لدى السكان والتوسع العمراني العشوائي يؤدي الى زيادة التلوث؟

وما مدى تأثير إهمال المخططين للجانب الاجتماعي والثقافي على السكان؟

وهل زيادة التصنيع في الأحياء السكنية يؤد ي الى زيادة التلوث؟

- **مفهوم التلوث البيئي:**

يعتبر التلوث من أبرز المشكلات التي تعاني منها دول العالم في الوقت الراهن سواء كانت متقدمة أو دول العالم الثالث، بحيث شمل عدة جوانب منها الماء والهواء والتربة، نتجت عنها أثار سلبية مختلفة ادت الى التدهور المستمر للحياة، ومست مختلف تشكيلاتها الأفراد، والمباني والنباتات والكائنات الحية البرية منها والبحرية نتيجة التحول غير الملائم في البيئة والمحيط، مما يجعلها غير صالحة للحياة، ويؤدي إلى الانحطاط في الخصائص البيئية (نقاوة الهواء والماء اليابسة).

وبهذا يكون التلوث البيئي هو: التحول غير الملائم لمحيطنا كله أو معظمه نتيجة للفعاليات البشرية والطبيعية خلال تأثيراتها المباشرة أو غير المباشرة للتغيرات في أساليب الطاقة ومستوياتها الإشعاعية والتركيب الفيزيائي والكيماوي، الذي يخل بالتوازن الطبيعي للبيئة ويؤثر على حياة الكائنات الحية.[1]

أو هو إحداث تغير في البيئة التي تحيط بالكائنات الحية بفعل الإنسان وأنشطته اليومية، مما يؤدي الى ظهور بعض المواد التي لا تتلاءم مع المكان الذي يعيش فيه الكائن الحي، يؤدي إلى اختلال التوازن الطبيعي للبيئة والإنسان هو السبب في إحداث عملية التلوث في البيئة وظهور جميع الملوثات بأنواعها المختلفة وسوف نمثلها على النحو التالي:[2]

التلوث = الانسان + سوء استخدام الموارد + الانفجار السكاني + التقدم التكنولوجي + التوسع الصناعي

وحسب قانون البيئة الأردني لعام 1995 يعرف التلوث بأنه " وجود مادة او مواد غريبة في أي مكون من مكونات البيئة تجعلها غير صالحة للاستعمال

---

[1] حسين علي السعيد: **أساسيات علم البيئة والتلوث الطبيعة العربية**، الفصل 11 ص 283-284.

[2] ايمن سليمان مزاهرة د. علي فاتح الشوابكة: **البيئة والمجتمع**. دار الشروق للنشر والتوزيع ط (1)الإصدار. الأول 2003: ص103 دراسات في اللسانيات التطبيقية حقل تعليمية اللغات – أحمد حساني – ديوان.

أو بحد من استعمالها، إذ تعني كلمة التلوث، إضافة أية مواد إلى عناصر البيئة، أو زيادة محتواها مع أي اختلاف في تركيب البيئة الطبيعية والذي يهدد حياة الكائنات الحية من نبات وحيوان والانسان." [1]

- **مفهوم التخطيط:**

يعتبر التخطيط كأسلوب تنظيمي يهدف إلى تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية خلال فترات زمنية محددة، وذلك عن طريق حصر الإمكانيات المادية والبشرية وتعبئة هذه الإمكانيات وجعلها قادرة على تحقيق أهداف المجتمع وغايته في ضوء الفلسفة العامة للمجتمع والإيديولوجية التي تسوده وقد عرّف بأنه: محاولة واعية من جانب الحكومة لتحقيق السياسة العامة بشكل يكون من شأنه أن يحقق بدرجة أكبر من السرعة والكمال ما يراد أن تبلغه التطورات المستقبلية من هذا.[2]

- **مفهوم التخطيط الحضري:**

هو مجموعة من الإجراءات والتدابير الاقتصادية والهندسية والتكنيكية والصحية الوقائية، والمعمارية التخطيطية التي تستهدف أهدافا محددة سلفا ترتبط بنمو وتنمية المناطق الحضرية، وذلك مثل تحديد الإسكان المعقول، والتوزيع التناسقي المتبادل في المنطقة لمختلف قطاعات الاقتصاد الوطني وأنواع الإنشاءات، استنادا إلى خطط توزيع قوى الإنتاج وإلى الاستخدام الأكثر فعالية لأرض المنطقة ومواردها الطبيعية. [3]

---

[1] راتب السعود: **الانسان والبيئة**، دار الحامد للنشر والتوزيع، عام 2004ص52.

[2] سميرة كامل محمد: **التخطيط من أجل التنمية**، المكتب الجامعي الحديث، محطة الرمل بالإسكندرية، 1996، ص24.

[3] هاشم عبود الموسوي، وحيد صلاح يعقوب: **التخطيط والتصميم الحضري**، دراسة نظرية وتطبيقية حول المشاكل الحضرية، ط1 ، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2006. ص59 .

ويقصد بالتخطيط الحضري أيضا الأساليب والإجراءات والتدابير التي يتخذها الإنسان لتحويل الواقع إلى صورة أفضل وأحسن مما كانت عليه الأمور في الماضي وهذا يعني دراسة وفهم الحاضر والتنبؤ بما سيكون عليه في المستقبل وهو لا يقتصر على تخطيط المنطقة المبنية من المدينة بل أصبح يمتد ليشمل الإقليم الذي تقع فيه المدينة ومن هنا تحول إلى ما يعرف بالتخطيط الإقليمي للمدن.[1]

- **<u>عوامل التلوث البيئي:</u>** يمكن أن ندرجها في العوامل التالية:

أ-العوامل الطبيعية:

يقدر العلماء أنه منذ نحو 65 مليون سنة اندفعت من الفضاء إلى الأرض أجسام مشتعلة عرضها من 10الى 14 كلم محدثة انفجارا قوته 100ميغاطن أي أقوى من 10 آلاف مرة من انفجار كل الأسلحة النووية في العالم، ويقول العلماء أن التبريد كان هو الآخر السائد في المدى القصير بسبب السحب الترابية المقذوفة في الهواء بصفة رئيسية، وعلى المدى الطويل دخل ثاني أكسيد الكربون وبخار الماء وغازات أخرى في طبقات الجو العليا فعززت (أثر البيوت الزجاجية، ورفعت درجات الحرارة بمقدار درجة) وكان من نتيجة هذا الدمار المناخي زوال الديناصورات ونصف الأنواع الأخرى من على الأرض، هذا بالإضافة إلى التدمير والإفساد التي تسببها العوامل الطبيعية من برق ورعد وسيول وأمطار وزلا زال وبراكين، إلا إنّه لابد للإنسان المؤمن بالرضا والتسليم بما يفعله الخالق، لأنه فعله عزّ وّجل ناجم عن غاية حكيمة في نفسه فهي ليست تلويثية بقدر ماهي إصلاحية.[2]

---

[1] هاشم عبود الموسمي، حيدر صلاح يعقوب: المرجع نفسه، ص 60.

[2] فتحي دردرا: **<u>البيئة في مواجهة التلوث،</u>** نشر مشترك، المؤلف دار الأمل، 1999 ، ص 112.

ب- العوامل البشرية:

إن البيئة المحيطة بالإنسان ورغم نظامها المحكم البديع وامكانياتها الكبيرة والمتعددة، والتي من خلالها أشبع جميع حاجاته الضرورية، إلا أن سوء تصرفه واعتدائه العمدي وغير العمدي المتزايد عليها عبر تاريخه الطويل، أفقدها جزءا كبيرا من جمالها وعطائها اللامتناهي، وأضحت تشكو التلوث وتعجز عن معالجته تلقائيا بما يحقق الخير للناس، فمن تلوث البيئة اخذ الانسان نفسه يعاني من المشاكل، ويذوق من ألوان العذاب بما قدمت يداه. حيث أصاب التلوث كل عناصر البيئة المحيطة به من ماء وهواء وغذاء وتربة واستفحلت المشكلة أكثر فأكثر بظهور التلوث الإشعاعي النووي الخطير والمؤذي للإنسان والحيوان والنبات، نتيجة استخدام الذرة سواء في الحرب أو في السلم، فالماء في البحار والأنهار أصبح ملوثا في حدود كبيرة بالكيمياويات والفضلات وبقايا النفط والمعادن الثقيلة، والهواء في اغلب المناطق المأهولة بالسكان اختلفت فيه نسب الغازات المكونة له الصالحة منها والضارة، بفعل آلات الاحتراق الداخلي في المصانع والسيارات، مع تقلص المساحات الخضراء، كما أن التلوث وصل إلى الغذاء عن طريق المبيدات والكيماويات الحافظة وغيرها من الإضافات الضارة، والتربة أصابها التلوث بسبب بقايا المبيدات والأسمدة الكيماوية، والأملاح الزائدة وصار التلوث الصوتي من أمراض العصر بعد زيادة الضوضاء والأصوات المستنكرة بمصادرها الحديثة المختلفة، وقد برزت مشكلة التلوث وتعاظم خطرها مع تقدم الصناعة واستخدام الآلات الحديثة وأسلحة الحرب المدمرة ...الخ. ومع التزايد المستمر في عدد سكان العالم تفاقمت مشكلة التلوث وتضخمت مخاطرها ويتحتم البحث عن جذرية لحماية البشرية من كوارث محققة. [1]

---

[1] محمد أمين عامر ومصطفى محمود سليمان: **تلوث البيئة مشكلة العصر**، دار الكتاب الحديث، عام 1999 ص 98.

إذن الانسان في اعتدائه على البيئة بشكل غير عقلاني وغير مدروس استنزف كل مواردها الطبيعية القادرة على استيعاب الملوثات التي راحت بدورها تتضاعف نتيجة صناعته المكثفة للمواد الملوثة، فشكل ذلك أساليب انتشار التلوث والملوثات التي برزت على الوجه التالي:

استنزاف موارد البيئة + الحفر والتثقيب + المباني الإسمنتية + ظاهرة التصحر= التلوث والمتسبب في حدوث هذا كله هي العوامل الطبيعية والبشرية معا. [1]

* **<u>أنواع التلوث البيئي:</u>** يمكن تلخيصه فيما يلي:

أ) تلوث الهواء:

يعد تلوث الهواء من اكبر المشاكل التي تعاني منه المجتمعات المعاصرة وبخاصة في الدول الصناعية، وتزداد مأساة هذا النوع من التلوث عاما بعد عام نتيجة للزيادة التراكمية في حجم الملوثات التي ينفثها الانسان في الأجواء والماء والتربة، ومن المعروف أن ثمة علاقة بين تلوث الهواء وتلوث كل من الماء والتربة، حيث يؤثر كل من هذه الأنواع من التلوث في النوع الآخر.

يعرف تلوث الهواء على أنه " إدخال أي مادة في الهواء أو في الجو بسبب انبعاث أضرار وأخطار على الإطار المعيشي"[2] وهناك مفهوم أخر لتلوث الهواء بأنه " وجود أي مواد صلبة أو سائلة أو غازية في الهواء بكميات تؤدي إلى وقوع أضرار فسيولوجية أو اقتصادية، أو الاثنين معا بالإنسان والحيوان والنبات والآلات والمعدات أو تؤدي إلى التأثير في طبيعة الأشياء وفي مظهرها وخصائصها الفيزيائية والكيميائية.

---

[1] سالمي رشيد، **<u>أثر تلوث البيئة في التنمية الاقتصادية في الجزائر</u>** – رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة المسيلة، فرع التسيير، سنة 2005-2006. ص 67

[2] الجريدة الرسمية العدد 43 ص10 القانون رقم 10/03 في المادة 4.

ومصادر تلوث الهواء متعددة منها: (الرياح، والمصانع، والسيارات والبطاريات....). ولذلك يجب العمل على منع أو التقليل من الآثار السلبية لمثل هذه المواد على البيئة الهوائية ونلاحظ أن كل هذه الملوثات لها تأثيرات سلبية على المحيط الحضري وعلى الصحة.

ب) التلوث الضوضائي:

يعتبر التلوث الضوضائي ظاهرة حضرية حديثة، وهو احد عناصر البيئة وصورة من صور التلوث التي يعاني منها سكان الحضر، وقد نتج ذلك عن التقدم الصناعي وما ارتبط به من توسع في استخدام المحركات والآلات والمكابس والمقاطع والمحركات الكهربائية...الخ [1]

وتعرف الضوضاء بأنها تلك الأصوات غير المرغوب فيها نظرا لزيادة حدتها وشدتها وخروجها على المألوف من الأصوات الطبيعية التي اعتاد على سماعها كل من الانسان والحيوان.[2]

ج) تلوث التربة: ويشمل هذا التلوث ما يلي:

-**النفايات المنزلية والصلبة:** رغم كل وسائل الثقافة والطرق العلمية والأبحاث الجارية والمتبعة في الدول الغربية إلاّ أن مشاكل الفضلات والنفايات لم يسيطر عليها كليا وخصوصا مسالة التخلص من العلب والقارورات الفارغة، ومشكلة المواد البلاستيكية، حيث أنها لا تتحلل بالطبيعة بسرعة، لذا انصب تفكير العلماء على إيجاد طرق وحلول لتصنيع بلاستيك قابل للتحليل العضوي، أو بواسطة عوامل فيزيائية. حيث استطاعوا ايجاد أنواع من البلاستيك تتحلل بالأشعة وأخرى بالضوء وأخرى بالماء، ولعل حل هذه المعضلات يكون

---

[1] حسين عبد الحميد . أحمد رشوان: **مشكلات المدينة**، مؤسسة شباب الجامعة، 2005، ص49.

[2] حسين احمد شحاتة: **تلوث البيئة**، الطبعة الأولى، مكتبة الدار العربية للكتاب، ص81 .

بالاقتصاد في استعمالها ومحاولة إيجاد بدائل لها قدر الإمكان أو إعادة استخدامها للحد من تراكمها.[1]

وعلى هذا الأساس تم إعداد دراسة حول تأثير إحدى المكبات الرئيسية في الأردن وهو مكب الرصيفية من قبل الجمعية العلمية الملكية لخدمة أمانة عمان الكبرى عام 1990 (مع العلم ان الطريقة الشائعة في التخلص من النفايات الصلبة والمنزلية هي إلقائها مكشوفة ومن ثم حرقها. وتسعى الجهات المعنية لاستبدال هذه الطريقة بالطمر الصحي) وبينت الدراسة أنه عند تراكم هذه النفايات، وحتى حين طمرها تتحلل لاهوائيا وخاصة في الطبقات السفلى حيث ينتج عن ذلك غازات من أهمها غاز الميثان الذي يعتبر من الغازات الرئيسية المنبعثة من المكبات والذي يشكل حوالي 60% من إجمالي نسبة الغازات الناتجة عن تحلل المواد العضوية، وكذلك ينتج مع غاز الميثان ثاني أكسيد الكربون والذي يشكل 30–35%. ومن المعلوم أن غاز الميثان قابل للاحتراق ويشكل خطورة على التجمعات السكانية القريبة وتستفيد منه العديد من الدول في صناعاتها المختلفة حيث تقوم بتجميعه بأساليب خاصة لأغراض صناعية .

وعليه فقد بادرت العديد من الدول إلى معالجة النفايات الصلبة، وذلك بهدف الوصول إلى حل لمشكلة التلوث الناتجة عن تراكم النفايات، حيث بدأت بوادر عمليات تدوير النفايات بجمع البقايا المستعملة لإعادة استغلالها مرة أخرى كالورق والكرتون والحديد والبلاستيك.

إذن سوء تسيير النفايات المنزلية، وعدم فرزها في عين مصدرها واستعمال وسائل غير صحية للجمع، وانعدام المزابل الخاضعة للمراقبة، ونقص الإعلام ووسائل التحسيس للمواطنين، يساهم كثيرا في إفساد نوعية الموارد المائية

---

[1] المرجع نفسه: ص82.

والهواء، هذا بدوره يسهم في تنامي الأمراض التنفسية، تشويه المناظر وتدميرها، تدهور النظافة.

د) تلوث المياه:

ويعرف تلوث الماء بأنه " إحداث تلف أو إفساد لنوعية المياه، مما يؤدي الى حدوث خلل في نظامها الايكولوجي بصورة أو بأخرى، بما يقلل من قدرتها على أداء دورها الطبيعي، بل تصبح ضارة مؤذية عند استعمالها، أو تفقد الكثير من قيمتها الاقتصادية "[1] "أو هو إحداث تلف أو إفساد لنوعية المياه حيث تصبح ضارة مؤذية غير صالحة للإنسان أو الحيوان أو النبات أو الاحياء المائية "[2]

وحسب المادة 04 من القانون 10/03 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة عرف تلوث المياه على أنّه " إدخال أية مادة في الوسط المائي، من شأنها تغير الخصائص الفيزيائية والكيميائية أو البيولوجية للماء وتتسبب في مخاطر على صحة الإنسان، وتضر بالحيوانات والنباتات البرية والمائية وتمس بجمال المواقع، أو تعرقل أي استعمال طبيعي أخرى للمياه"[3]

***أنواع تلوث المياه:**

يمكن تقسيمها إلى أربع أنواع رئيسية:

1- التلوث الطبيعي: ويقصد به التلوث الذي يغير خصائص الماء الطبيعية فيجعله غير مستساغ للاستعمال الآدمي، مثل اكتساب الرائحة الكريهة أو تغير اللون أو المذاق.

2- التلوث الكيميائي: وهو أن يصبح للماء تأثير سام نتيجة وجود مواد كيميائية خطرة فيه، مثل مركبات الرصاص والزئبق، أو الكادميوم، أو الزرنيخ

---

[1] علياء حاتوغ. بوران محمد حمدان أبودية: علم البيئة، دار الشروق، ط 2، ص ص 132.133.

[2] دكتور محمد كمال عبد العزيز، المرجع السابق، 1998، ص 49.

[3] الجريدة الرسمية العدد43 القانون رقم 10/03 في المادة 4، ص 1.

أو المبيدات الحشرية ويعد التلوث الكيميائي للماء واحدا من أهم وأخطر المشاكل التي تواجه الانسان المعاصر.

3- التلوث البيولوجي: ويعني به وجود ميكروبات مسببة للأمراض بالمياه، أو طفيليات، وديدان الإسكارس وغيرها، أ جود أحياء نباتية كالطحالب أو نباتات كورود النيل بكميات كبيرة تتسبب في تغيير طبيعية المياه ونوعيتها، وتؤثر في سلامة استخدامها.

4-التلوث: يعد هذا التلوث صورة من صور التلوث بالنفايات الصناعية، حيث تعمل مصانع الحديد والصلب والورق، ومحطات توليد الكهرباء، وغيرها على استعمال المياه في عمليات التبريد، ثم تقوم بصرف المياه الساخنة إلى مياه البرك، والأنهار والبحيرات مما يؤدي إلى ارتفاع في درجة الحرارة مياهها، ومن تتعرض الأحياء المائية الموجودة فيها للخطر. وفي بعض الأحيان يعمل التلوث الحراري للمياه على أكسدة بعض الملوثات المعدنية التي تلقيها المصانع في المياه، وقد ينتج عن ذلك بعض أنواع الاكاسيد السامة نأخذ على سبيل المثال بعض المركبات الكيميائية التي لها أثر على تلوث المياه منها:[1]

أ) التلوث بالرصاص: تتعرض المسطحات المائية للتلوث بالرصاص نتيجة غرق السفن التي تحمل منتجات كيميائية يدخل الرصاص في تكوينها، أو عند ما تلقي بعض المعامل الكيميائية المطلة على هذه المسطحات نفايتها وفضلاتها إلى المياه البحرية.

وتقوم التيارات المائية بدور كبير في نقل المياه الملوثة بالرصاص من مكان إلى آخر ويتركز الرصاص في الأنسجة اللحمية للأسماك والأحياء المائية، ومنها ينتقل إلى الإنسان مؤديا بذلك إلى حوادث التسمم بالرصاص التي تسبب هلاك خلايا المخ.

---

[1] د. علياء خاتوغ . بوران محمد حمد ان أبو دية، مرجع سابق، ص 229.

ومن أكثر المسطحات المائية تلوثا بالرصاص، البحر الأبيض المتوسط والمحيط الأطلنطي وقد ارتفعت نسبة الرصاص في مياه الناحية الشمالية من المحيط الأطلنطي خمس مرات في الأعوام الخمسين الأخيرة، ولا يقتصر التلوث على المياه السطحية فقط بل يشمل مياه الأعماق.

ب) التلوث بالزئبق: هو المعدن السائل الوحيد في الدرجات الحرارية العادية، ذو لون ابيض وبخاره عديم اللون، ويستخدم الزئبق في الصناعات الالكترونية، كما يستخدم كوسيط ومحفز لصناعة العديد من المركبات العضوية، وتحليل كتل اليورانيوم " الزئبق في حالته العنصرية غير قابل للذوبان في الماء، ولكنه في حالته المتأنية يمكن أن يدخل في تركيب المركبات السائلة التي تصرف ضمن مياه الصرف الناتجة عن المصانع الكيميائية إلى البيئة البحرية أو نهرية أو غير ذلك من المسطحات المائية الأخرى.[1]

ج) التلوث بالكاديوم: يستخدم الكاديوم في صناعة الزنك، وإصباغ المواد البلاستيكية، والدهانات، كما يستخدم في طلاء الخزف، وفي عدد من الصناعات الكيميائية والتحويلية، وحينما يتم تصرف النفايات الصناعية المحتوية على الكاديوم إلى المسطحات المائية يمكن أن يتجمع هذا العنصر السام في أنسجة الأحياء المائية ومن ثم ينتقل إلى الإنسان عند تناوله الأغذية المحتوية على هذه الأحياء، ويتسبب التسمم بالكادميوم في إحداث تغير في تركيب الدم، كما أنه يهاجم العظام ويؤدي إلى قصر طولها.

*** الآثار الناجمة عن التلوث:**

1- أثار العبث بمكونات الطبيعية:

أدى اعتداء الإنسان على الطبيعة إلى القضاء على آلاف الهكتارات من الغابات والمساحات الخضراء الأمر الذي أدى بدوره إلى القضاء على الحياة

[1] المرجع نفسه: ص 230.

الطبيعية للكائنات الحية، فانجراف التربة ومضاعفة كميات الملوثات أدى إلى فقدان حوالي 55% تقريبا من الغطاء الأصلي للطبيعة، وتشير بعض التقديرات إلى أن العبث بمكونات الطبيعة وتدمير الأحراج يقدر بحوالي من 2 إلى 3% سنويا.

أما على صعيد التربة فقد أدت تعرية الأرض من الأشجار إلى خلخلة بنية التربة وعدم تماسكها وثباتها، مما جعلها عرضة للانجراف، ففي كل عام تجرف مياه الأمطار ما يعادل 75% بليون من التربة المنتجة التي تجد طريقها في النهاية إلى البحار والمحيطات ونسبة ضئيلة إلى البحيرات وخزانات السدود المقامة على مجاري الأنهار، وإذا استمر الانجراف بهذا المعدل فإن مجموع الأراضي المنتجة في العالم ستتلاشى تدريجا، ومن ناحية أخرى تشكل الأشجار مستوعبات هائلة لكثير من الغازات الملوثة وجزئيات الغبار وعليه، فإن القطع الجائر للثورة الغابية من جهة، وزيادة التصنيع من جهة أخرى، أدى إلى مضاعفة كميات الملوثات[1].

2-أثار التلوث الهوائي:

يعتبر الهواء عنصرا ضروريا لحياة الكائنات الحية البرية، وهو يشكل الغلاف الجوي المباشر الذي يحيط بالكرة الأرضية، فغاز الأوزون (03) يوجد في طبقة السترات وسفير، وهو غاز شفاف سام يتكون من تحول الأوكسجين الجزيئي (02) والأوكسجين الذري (0) بواسطة الطاقة الشمسية وخصوصا الأشعة فوق البنفسجية، ويتم هذا التحول في إطار تفاعل خاص يسمى التفاعل الضوئي الكيميائي، ويقوم بحجب نسب كبيرة من موجات طاقة الأشعة فوق

[1] خالد بن محمد القاسمي، وجيه جميل البعيني: **<u>حماية البيئة الخليجية – التلوث الصناعي وأثره على البيئة العربية والعالمية</u>** ، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية 1999ص 74.

والتي تسبب ضررا للإنسان، يختلف تأثيره حسب شدتها وهناك غازات طبيعية تؤدي إلى الانحلال مرة اخرى لتتشكل مرة أخرى بعد ذلك.[1]

وتقع مسؤولية تدمير طبقة الأوزون على المركبات الكيمياوية الناتجة عن عوادم الطائرات النفاثة التي تطير في طبقات الجو العلياء، وإطلاق الصواريخ إلى الفضاء والملوثات المنظمة من الأرض وفي مقدمتها مركبات **الكلور وفلور وكربون** المستخدمة في الرشاشات الرذاذة (**الايروسول)** وفي أجهزة التبريد وكذلك غاز الميثان، إضافة أكسيد الكربون وغاز الأوزون بحد ذاته يعمل على تسخين الأرض، كما أنه غاز مثير ومهيج إلى الأعين وللجهاز التنفسي ويسبب الضرر للإنسان والحيوان والنبات على حد سواء، فتركيز الأوزون بمقدار 0.1 ملغ/ كلغ يكفي لإتلاف كثير من النباتات، ويرجع ذلك إلى أحد العاملين: [2]

- أولهما أثره المؤكسد القوي.
- ثانيهما إعاقته لعملية البناء الضوئي عن طريق قفل مسام الأوراق.

وبذلك يمنع دخول ثاني أكسيد الكربون إلى ورقة النبات فلا تتم عملية البناء الضوئي ويتم موت النبات.

كما أن يتأثر الإنسان أيضا بدرجة تركيز الأوزون، حيث أن الحد الأدنى لإدراك رائحة الأوزون هو ما بين 0.02 و0.0 ملغ /كلغ، وعند تركيزه عند 0.05 ملغ / كلغ فإن الأوزون يسبب تمزقا في أغشية الأنف والحنجرة والقصبة الهوائية، وإذا زاد تركيزه عن 0.1 ملغ / كلغ فانه يسبب تمزقا في أغشية الجهاز التنفسي وخاصة الحويصلات الهوائية لفعله المؤكسد القوي، ويمتد تأثير الأوزون ليصلب الأجسام غير الحية، فهو يتلف المطاط والأصباغ والاسمنت.

[1] المرجع السابق: ص 76.

[2] المرجع نفسه، ص 83.

وعليه يمكننا القول إن الملوثات الهوائية تنتج من الأنشطة الصناعية والمنزلية والزراعية، كما تسببت في ذلك حركة السيارات أو محرقات النفايات الصلبة، كما تخضع معظم المدن لانبعاثات: جوية تختلف طبيعتها من دولة إلى أخرى حسب الكثافة السكانية.

3-أثار الغازات الملونة:

***أول أكسيد الكربون:** وهو غاز عديم اللون والطعم والرائحة، ومن هنا تأتي خطورته، فهو ينتج عن عدم اكتمال احتراق الوقود، ويمر من الرئة إلى الدم دون أن يحس به الشخص، يسبب تركيزه المرتفع تغيرات فيزيولوجية في جسم الانسان، وقد يؤدي الى موته، كما يحدث الاختناق جراء المدافئ التي تعمل على البترول، لأن الاحتراق غير الكامل يؤدي الى اطلاق هذا الغاز، والجانب الخطر في هذا الغاز أنه يتحد مع **هيموجلوبين** الدم مكونا **كربو كسي هيموجلوبين** الدم، الذي يتميز بعدم قدرته على الاتحاد مع الأكسجين، ما يثير القلق ان اتحاد **الهيموجلوبين** مع أول أكسيد الكربون أسرع من اتحاده مع الأكسجين ب 210 مرة، الأمر الذي ينتج عنه نقص إمداد الجسم بالأوكسجين وبالتالي الموت حتما.

كما أن النباتات إذا تعرضت إلى غاز أول أكسيد الكربون بتركيز 100 جزء من المليون لمدة تتراوح ما بين أسبوع إلى 3 أسابيع فإنها تتسمم، ومن ناحية اخرى ساعد هذا الغاز كثيرا في تخريب الغطاء الواقي من الاسمنت حيث يتسرب إلى داخله فيختلط بالماء وبشكل حمض الكربون الذي يعطل بدوره قلوية الإسمنت، ويؤثر ذلك على حدوث الصدأ في الحديد وبالتالي إلى حدوث التشققات وحتى احتمال حدوث الانهيارات في فترة غير طويلة، وما يرافق ذلك من تكاليف باهظة في إصلاح مباني الاسمنت المسلح، هذه فضلا عن أن

أساليب البناء الحديثة المرتفعة التكاليف لا توفر البيئة الصالحة للإنسان، ولا تتكيف مع ظروف البيئة المناخية خاصة في دول العالم الثالث.[1]

***ثاني أكسيد الكربون:** ينتج غاز ثاني أكسيد الكربون عن كافة أنواع الاحتراق بما في ذلك التنفس، وعليه فهو ينتشر في الفضاء بغزارة، كما أنه يذوب في الماء ثم تمتصه النباتات البرية والمائية لاستخدامه في تكوين بنيتها. ويؤثر ثاني أكسيد الكربون على المحاصيل الزراعية، فتعرض نبات الطماطم مثلا إلى جرعة عالية من ثاني أكسيد الكربون يخفض إنتاج المحصول بحوالي 75% ويؤدي تكاثف ثاني أكسيد الكربون إلى الاختناق.

***اكاسيد الكبريت:** هو أحد الملوثات البيئية الضارة الذي يؤثر على جهاز الشم والتنفس بشكل مباشر ويؤثر على الأنف والقصبات الهوائية، وتشير بعض الدراسات إلى أن الشخص العادي يشعر بوجوده اذا بلغت نسبته في الهواء 4-5 ملغ، كذلك تسبب هذه الأكاسيد اصفرار أوراق النباتات وتسبب تآكل الحديد والصلب.

***اكاسيد النيتروجين:** وتتكون من اتحاد النيتروجين والأوكسجين، وهي من العناصر المسؤولة عن تدمير طبقة الأوزون، وعن ظاهرة الأمطار الحمضية. كما أنها تسبب أضرارا شديدة للنبات مثل بياض النبات وتساقط الأوراق وضعف النمو، وهي سامة للإنسان والحيوان، وتعتبر قاتلة عند تركيزاتها العالية وتؤثر على أنسجة الرئة عند تركيزاتها المنخفضة، فتضعف مقاومة الجسم للالتهاب الرئوي في الحيوانات الخاصة بالتجارب، وعند الانسان تسبب اختناق الرئة وتلاشي أنسجتها[2]

- **الهيدروكربونات:** هي مادة مهمة لتكوين مؤكسدات الضوء الكيميائي، ومع ذلك هناك بعض أفراد هذه المجموعة لها تأثيرات خاصة مثل الاثيلين الذي

---

[1] المرجع نفسه: ص 85.

[2] المرجع نفسه: ص. ص 86-87.

يسمم النباتات عند تركيز 0.05 جزء من المليون فيوقف نموها ويسبب تساقط أوراقها وازهارها.[1]

أثار تلوث التربة: من آثارها:

- تناقص الأراضي الصالحة للزراعة بدرجة خطيرة نتيجة لسوء التنظيم والري الخاطئ والإهمال ونظام الزراعة المكثفة مما يؤدي إلى إتلاف الأراضي وتآكلها.
- إصابة التربة في مناطق عديدة بالحموضة في جميع الطبقات التي تتخللها جذور الأشجار نتيجة تلوث الهواء والتحمض.
- تدهور الغطاء النباتي الذي يتمثل في زحف رمال الصحراء واختفاء الغابات ونقصان مخزون المياه الجوفية، وانقراض العديد من الكائنات النباتية والحيوانية، مما يؤثر على الهواء لتلطيف درجة حرارة الجو مع زيادة نسبة الأكسجين فيه.
- تدهور خصوبة التربة وانجرافها وزيادة الملوحة فيها نتيجة حاجة المجتمعات لإقامة السدود والخزانات

والقنوات للاستفادة من كميات المياه التي تتناقص، ولكنها تحجز ورائها الطمي الذي يجدد خصوبة التربة.

- تلوث التربة بالمبيدات هذا يعرضها للأملاح ويقلل من إنتاجها.
- كذلك تساقط الغبار الذرى على النباتات والتربة الزراعية، أو تلوث الماء والهواء نتيجة مخلفات التجارب النووية، يلوثها "بالمواد المشعة " وتدخل المواد المشعة إلى بناء جسم النبات وتتنقل إلى الانسان والحيوان نتيجة استعمالها.

---

[1] نظيمة احمد سرحان: **منهاج الخدمة الاجتماعية لحماية البيئة من التلوث**، دار القاهرة ط1، 2005، ص 83.

- وقد تؤدي الملوثات السابقة إلى تشويه بعض أجزاء النبات أو تلف أوراقه أو ثماره، وتكون إصابة النبات شاملة إذ تدخلت الملوثات في الوظائف الفيزيولوجية له، ومن ثم في نموه وأزهاره وثماره.

* **أثار التلوث المائي:** من آثاره:

- انتشار الأمراض والأوبئة كالكوليرا والتيفوئيد والأمراض المعدية والملاريا وهذا بسبب تلوث مصادر المياه واختلاطها مع قنوات الصرف الصحي مما يعني تلوث ماء وغذاء الكائنات الحية.

- تأثر الصحة البشرية بالمواد التي قد تكون لها تأثيرات بعيدة المدى ببعض المركبات المسببة للسرطان **كالاسبستون والسلينيوم**، حيث أن تناول كميات زائدة عن الحد من **السلينيوم** الواسع الانتشار في الطبيعة، مرتبط بتلف واضطرابات الجهاز الهضمي للإنسان، وتغير لون جلده، وتقيد الإحصائيات بأنه يمكن خفض معدل الوفيات نتيجة لتصلب شرايين القلب بواسطة عامل ما قد يكون موجودا في الماء.[1]

- الماء الملوث بفعل مخلفات المصانع التي تلقي هكذا في الطبيعة بلا معالجة او تقنية فهي تنتقل إلى الإنسان عن طريق السلاسل الغذائية، ولعل أخطرها مركبات الزئبق التي يؤدي وجودها في جسم الإنسان – ولو بتركيزات قليلة – الى ارتخاء تدريجي في العضلات، وفقدان البصر وتلف في المخ وأعضاء الجسم الأخرى، وقد تتبعه حالات من الشلل والغيبوبة أو الموت الحتمي.

- كما أنها قد تحدث تغيرات في الحبيبات (المورثات) لخلايا الإنسان وقد تؤثر في الأجنة فيولد الاطفال مصابون بالتخلف العقلي.

[1] أيمن سليمان مزاهره . ود علي فاتح الشوابكة، المرجع نفسه، ص ص: 143-194.

*** التخطيط العمراني**

أصبح التخطيط العمراني طابع العصر الحديث، فهو لم يعد قاصرا على مجموعة من الدول دون الأخرى، اشتراكية كانت أو رأسمالية، فكلاهما يرى في التخطيط سياسة تنموية وأسلوبا مهما في عملية التخفيف من حدة الكثافة السكانية من جهة، واستغلال الأراضي الشاغرة من جهة ثانية، وإن اختلفت أهداف السياسة ونوع الأسلوب الذي يمارس به التخطيط[1].

فالتخطيط العمراني منظمة تقوم على الأسلوب العلمي في الدراسة والبحث، عن طريق التفاعل الحقيقي لمشكلات المجتمع، والقياس الواقعي لاحتياجاته، والحصر الدقيق لموارده وإمكاناته، والعمل على إعداد إطار عام لخطة واقعية قابلة للتنفيذ، لمقابلة احتياجات المجتمع حسب أولوياتها في ضوء الإمكانيات المتاحة لتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية.[2]

كما يقصد بالتخطيط أيضا حصد موارد المجتمع الطبيعية والبشرية حصدا شاملا مخضعا إياها للتقديرات الكمية والاتجاه بها نحو المستقبل حيث المجتمع الأفضل.[3]

- **أنواع التخطيط العمراني.**

لقد تعددت أنواع التخطيط وذلك بتنوع أهدافه، والمجالات التي يتصل بها ومن الأنواع التي يمكن ذكرها ما يلي:

1-التخطيط الاجتماعي: يهتم هذا النوع من التخطيط بتنسيق خدمات المجتمع بعد الكشف عن حاجاته، وهنا تبرز أهمية اعتماد هذا النوع من التخطيط في

---

[1] منصور حسين كرم حبيب: "**التخطيط للتنمية** "، مكتبة الوعي، ص 5.

[2] محمد جمال برعي: **التخطيط للتدريب في مجالات التنمية**، مكتبة القاهرة الحديثة، ص26.

[3] متعب مناف جاسم: "**التخطيط والمجتمع "الأسس التكنو اجتماعية لتخطيط المفاهيم والاطر**، الكتاب الأول 1976 مطبعة الأمة، ص17.

العديد من الدراسات والبحوث للوقوف على كافة نواحي الوظائف الاجتماعية اللازمة للقيام بعملية التخطيط ووضع قواعدها.

2-التخطيط الوظيفي: ويقوم هذا النوع من التخطيط على حصر إمكانيات البيئة ومواردها الطبيعية والإنسانية والثقافية والاجتماعية، وذلك بقصد رفع مستوى الأفراد والجماعات في مختلف الميادين وهذا النوع من التخطيط ينقسم إلى أقسام أهمها:

أ/ **التخطيط الاقتصادي:** يهدف إلى تحقيق أقصى زيادة ممكنة في معدلات التنمية الاقتصادية، والعمل بكل الوسائل الممكنة على توفير الرفاهية للمجتمع.

ب/ التخطيط الثقافي: عن طريق هذا النوع من التخطيط يمكن توفير حد معقول من الثقافة لأفراد الشعب، يساعدهم على التكيف مع مقتضيات التغيرات الجديدة في المجتمع الذي يعيشون فيه.

ج/ التخطيط الإداري: هو عبارة عن برامج لتنفيذ مشروعات الخطة وتنسيق العلاقات في مختلف أوجه التخطيط في كافة الميادين لضمان وصول الخدمات إلى أصحابها حتى يأتي التخطيط بالفائدة المرجوة منه.[1]

- **مبادئ التخطيط العمراني**

هناك مجموعة من الشروط الأساسية التي يجب الأخذ بها عند وضع المخطط ومن أهمها:[2]

- **الواقعية:** إذا كان التخطيط هو في جوهره تصور معين لغايات اجتماعية معينة ولأساليب تحقيقها من خلال الإمكانيات المادية والمالية والبشرية المتاحة فإنه يجب أن يقوم على أساس تقدير موضوعي دقيق لهذه الإمكانيات وتبرز

---

[1] منصور حسين كرم حبيب: مرجع سابق، ص 16.

[2] محمد جمال برعي، مرجع سابق، ص 106، 108

أهمية هذا المبدأ عندما نتصور أن خطة ما قد بنيت على أساس تقديرات حقيقية للواقع، فإن هذه الخطة تكون عرضة للانهيار في أي لحظة.

– **الشمول:** يقصد بالشمول أن يتضمن الخطة، وخاصة خطط التنمية كافة القطاعات الأساسية داخل المجتمع، وذلك أن التخطيط السليم يقوم في جوهره على أساس التصور الشمولي للعناصر المترابطة للحياة الاجتماعية، ويقصد بالشمول أيضا أخذ جميع جوانب المشكلة التي يخطط لها.

حيث اعتادت بعض البلدان أن تكون عملية الإصلاح جزئية، دون أن نضع خطة شاملة لعشرين سنة مثلا فنشق شارعا أو نبني مصنعا، أو ننشئ حديقة دون أن تكون هناك خطة مدروسة، الواجب أن تكون الخطة شاملة لكل نواحي الحياة، الاقتصادية، والاجتماعية والعمرانية مرتبطة بعضها البعض.[1]

– **المرونة:** يتوقف نجاح وتنفيذ الخطة على مقدار ما تتصف به من المرونة إذ أنها تيسر التنفيذ في مراحله المتعددة، وبقدر ما تتصف به الخطة من مرونة تكون درجة توقع تنفيذها، لأن مرونة الخطة تجعل عمليات التنفيذ مأمونة وميسرة كل المشكلات الطارئة.

ولما كان من الصعب التنبؤ بدقة بما سوف تكون عليه ظروف المدينة بعد فترة من الزمن، فإنه يجب أن تكون الخطة مرنة لتقابل الحاجات الجديدة التي تنشأ ولم تكن موجودة عند وضع الخطة الأصلية.[2]

– **تحديد الأولويات:** يعتمد تحديد الأولويات على جانبين هامين هما:

* الجانب الزمني.

---

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: **المدينة، دراسة في علم الاجتماع الحضري**، الطبعة**1**،المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص213.

[2] محمد عاطف غيث: **علم الاجتماع الحضري (مدخل نظري)**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ص 194.

* جانب العناية والاهتمام بالمال.

كما أن درجة الأولويات تقوم أساسا على أهمية المشاريع التي تعد للقيام بها، أي أن المقصود هو مراعاة الأفضلية والأسبقية القائمة على درجة الأعمال أو المشروعات أو البرامج أو الخدمات أو غيرها.

– **التعاون والتنسيق والتنظيم:** لا شك أن نجاح أي مشروع يعتمد في بداياته على التعاون والتنسيق والتنظيم، لاعتبارهم دعامات أساسية تتمثل في الجهود المبذولة لتحقيق الأهداف العامة، فالتعاون والتنسيق في التخطيط واجب على الأجهزة الرئيسية منها والمحلية، أما التنظيم فيساعد على تجاوز الصعوبات التي من الممكن حدوثها.

– **التكامل:** ويرتبط بالشمول حيث أن التخطيط لا يقوم على أساس التصور الانفصالي لكل مشروع على حدى، فالخطة السليمة لا تتألف من مجموعة من المشروعات التي يوضع بعضها جنب بعض بطريقة آلية، وإنما تتألف من مجموعة متكاملة، وظيفتها من المشروعات التي تساهم كل منها في انجاح المشروعات الأخرى.

لهذا يجب أن ينظر إلى التخطيط الحضري في المجتمع المحلي في إطار الخطة القومية الشاملة، والمتكاملة معها، بمعنى أن تقوم على أفق واسع يتضمن توجيه النمو الحضري، ومواجهة مشكلاته إلى جانب الأهداف الأخرى التي يهتم بها، فالخطة القومية على سبيل المثال تركز اهتمامها على عملية التحضير، وأوضع المناطق الحضرية على المستوى الشامل، ولكن ينبغي أن يتكامل ذلك التركيز على منطقة جغرافية معينة تحتاج جهدا معينا، سواء لدعم تطورها أو الحيلولة دون تخلفها عن غيرها من المناطق الأخرى.[1]

---

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: **التخطيط الحضري**، مركز الإسكندرية، الإسكندرية، 2005، ص93.

- **تقدير الظروف الخارجية:** إن التخطيط يقوم على أساس دراسة الحاجات والإمكانيات والموارد دراسة حقيقية وواقعية متكاملة وشاملة، مع ملاحظة جميع الظروف المحيطة ضمانا لاستمرار السير في مراحل التنفيذ وخطواته، إذن فالواجب الاهتمام بجميع الظروف الداخلية كما يجب مراعاة الظروف والعوامل الخارجية لضمان الخطة وعدم حدوث عقبات فيما بعد.

كما أن محاولة التخطيط دون تحديد واضح للهدف سوف تصبح عملية عشوائية لا يتوقع لها النجاح.

لاعتبارات مالية وعملية يجب أن تقسم الخطة على مراحل، وبذلك يكون التغير في المدينة تدريجيا، فتقسم التكاليف على عدة سنوات ولا تتعطل مصالح المدينة.

- **إشراك الأهالي واقناعهم بالخطة:**

إن اشتراك الأهالي بدرجة ما من درجات المشاركة في اعداد الخطة، عن طريق الصحف أو المذياع أو التلفزيون أو المقابلات أو المؤتمرات، يساهم كثيرا في خفض التوترات النفسية لهم بدرجات متفاوتة، وإن لم يشتركوا في وضع الخطة البيئية، فإنه يجب أن يفهم سكان المدينة الخطوط العريضة للتغيرات التي سوف تحدث في مدينتهم، وأسباب هذه التغيرات، كما يجب أن تعطى لهم الفرصة لنقد وتوجيه المسؤولين إلى ما يرونه فيها حتى تخرج الخطة مستجيبة لحاجات الأهالي.

- **أهداف التخطيط العمراني**[1]

يهدف التخطيط الحضري للارتقاء بمعظم الترتيبات وتحسين الظروف البيئية الطبيعية في الموقع الذي بنيت عليه المدينة، وفي المناطق المحيطة بها

---

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان، **المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري**، الطبعة5،المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 1989، ص 211 .

في حدود ما يمكن جمعه من أموال، وتشييد المباني وتخطيط الأحياء والخدمات، وإقامة البنايات السكنية الملائمة صحيا، واجتماعيا وثقافيا لفئات مختلفة من الأفراد، والتي تمكنهم من إشباع احتياجاتهم الأساسية البيولوجية منها والسيكولوجية والاجتماعية.

ولهذا يجب على التخطيط أن يحقق ما يلي:

1- التناسب بين عدد سكان المدينة وحجمها ومساحتها الجغرافية.

2- التناسب بين حجم السكان ووظيفة المدينة التي تقوم بتحقيق أنماط الاتصال المختلفة.

3- تحقيق نوع من التوازن بين الجوانب المادية القائمة في المدينة، وبين الطبيعة الاجتماعية والأخلاقية والثقافية التي يقوم عليها النسق البنائي الاجتماعي للمدينة كظاهرة اجتماعية حضرية.

4- إقامة البيئة المناسبة اجتماعيا ونفسيا وعضويا لمساعدة الكائن على استمرار حياته.

5- تحسين العلاقة بين المساكن والشوارع والمناطق الصناعية والخدمات العامة بحيث لا يطغى قسم منها على القسم الآخر، ولا يحرم من إحداها حي من الأحياء وإيجاد نوع من الانسجام بينها جميعا.

6- إمكانية الإبقاء على المتنزهات العامة والمناطق المكشوفة في الأحياء السكنية لتكون متنفسا للسكان، ومكان لقضاء أوقات فراغهم مع الاهتمام بالأشجار والمناطق الخضراء.

7- فصل المناطق السكنية عن المناطق الصناعية لتقليل ضوضاء الصناعة ودخانها وروائحها حتى لا تحدث مضايقات للسكان.

8- تجميل المدينة أو بعض أحيائها عن طريق اتخاذ إجراءات معينة من شأنها أن تخلق نوعا من لا تتنافس بين المباني بعضها مع البعض الآخر[1]

9- مد جميع أحياء المدينة بالخدمات اللازمة كالمياه والإنارة ومجاري الصرف الصحي التي تتفق في حجمها ومرونتها مع حجم السكان وكثرة المباني، بحيث لا تكون هناك وفرة في بعض الإحياء ونقصا في بعضاها الآخر.

10- تقصير رحلة العمل من محل السكن إلى مواقع العمل، إما بوضع مساكن العمال قريبة من مناطق العمل، وإما بتوفير وسائل النقل وخفض أجورها وتعاون حركة التنقل والمواصلات في داخل المدينة.

11- سهولة اتصال المدينة بالمدينة الأخرى خاصة بالمناطق الريفية المجاورة أو بالموانئ والعواصم أو بمناطق الخدمات أو بمراكز الأسواق.

12- تحسين ظروف المعيشة والعمل داخل المدينة، وإيجاد العمل المناسب للعمال العاطلين، أو محاولة نقلهم إلى مناطق العمل داخل المدينة مع الاهتمام بأحوالهم الصحية ولاجتماعية.

13- محاولة زيادة الحركة التجارية للمدينة عن طريق توفير مطالب المعيشة والإكثار من المحلات التجارية عن طريق رفع مستويات المعيشة.

14- زيادة التطور الاقتصادي للمدينة بإنشاء مراكز صناعية جديدة أو خلق محاولات جيدة للإنتاج، بحيث يراعي أن لا يؤدي ذلك إلى زيادة ضغط حركة النقل والمواصلات في داخل المدينة، وفي حالة جعل شوارع المدينة ومساكنها ضيقة فان هذا يؤدي إلى أن تأخذ هذه التجمعات الحضرية طابعا غير مريح سواء من الناحية الهندسية المعمارية أو من الناحية الاجتماعية والسلوكية، وبذلك

---

[1] صبري فارس الهيثي: **التخطيط الحضري**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2009، ص47.

يكون التخطيط قد أسهم في ظهور أزمات اجتماعية في المدينة واكتظاظ السكان في بعض الأحياء والأماكن دون أخرى. [1]

لكن رغم ذلك يمكننا القول أن تخطيطات التجمعات الحضرية لم تشبع الحاجات الاجتماعية والنفسية للقاطنين الجدد، لأنها لم ترق إلى مستوى تطلعاتهم الاجتماعية والاقتصادية، ولأن طبائعهم وثقافاتهم وحركياتهم كجماعات حضرية لم تتأقلم كلية في المدينة الكبيرة.

- **الاستراتيجيات العامة للتخطيط العمراني الحضري:**

إن التهيئة الحضرية للنمط العمراني يخضع في معظمه إلى نظام الأفكار والتصورات والاعتقادات الاجتماعية التي تكونت عبر مراحل تاريخية مختلفة، فهي انعكاس للنمط الثقافي والديني والاقتصادي والقانوني وتقاليد وأعراف وعادات المجتمع الذي تحيا وتتطور فيه، والمسكن مرآة وصورة هذه الحضارة المجتمعية في الإطار الفيزيقي المفروض على الأسرة أو الذي أنتجته.

إن تنظيم المسكن يعني تهيئة المجال لجعله يلبي بصفة مباشرة أو غير مباشرة حاجيات العائلة، وتختلف طريقة تنظيم المسكن من فئة إلى أخرى حيث يرتبط بنمط المعيشة والمستوى الثقافي والأصل الجغرافي وأيضا مستوى الدخل كما يرتبط التنظيم بالممارسات الاجتماعية والاقتصادية لكل فئة، فكل تغيير يحدث في العائلة سواء في تشكيلها الاجتماعي أو تنظيمها، أو تقليدها يؤثر بشكل أو بآخر على إطار المبنى للمسكن، فالتغيير يظهر على مستوى المعيشة وعلى المستوى الاجتماعي الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيرات في طريقة الاستعمال والاستغلال للمجال، وبالتالي تتغير طريقة التكيف مع الإطار المبني أو المخصص للسكن، فالمأوى ليس وسيلة لتغطية الرأس فقط، بل هو واجهة عريضة للعادات والتقاليد الاجتماعية، ويجسد حياة الأفراد وإرادتهم

---

[1] المرجع نفسه: ص 50

وأخلاقهم وسلوكهم ومدى تحضرهم، كما أنه يمثل ويعكس أسلوب حياة العائلة واهتماماتها ونظرتها إلى الحياة، وذلك لتحقيق الجو الذي يساعد على الراحة النفسية والاجتماعية.[1]

لهذا يجب على القائمين على مثل هذه المشاريع التنموية توفير كل الشروط والظروف اللازمة من أجل الاستقرار وبعث روح المواطنة بين أفراد النسيج العماني الواحد، ومن أهما ما يلي:

المساحات الخضراء:

هي امتداد مفتوح لمجالات طبيعية أو زراعية غابية متواجدة أو مهيأة حول مدارات المدن أو بعض أجزائها، وأهداف الحفاظ على هذه المجالات وتهيئتها متعددة ومتنوعة، وتختلف حسب اختلاف قاطنيها والقائمين عليها وحسب المهام المتوخاة منها، والخصوصيات الجغرافية والبيئية والاجتماعية والاقتصادية للمدن المعنية، لأن الأحزمة الخضراء سواء الطبيعية منها أو المهيأة، بجوار أو داخل المدن تلعب أدوارا حيوية كثيرة، كونها تقرب المجال الطبيعي من الحواضر وتلعب دور المتنفس الأساسي للسكان، خاصة المساحات الخضراء، فهي نادرة داخل مدارات المدن، وإن وجدت فإنها غير موزعة بشكل متوازن بين جميع أحيائها، ولهذا يمكن استغلالها كمتنزهات ترفيهية ورياضية إن أعدت لذلك، كما أن غرس مساحات شاسعة من الأشجار والنباتات تساعد على ترطيب وتنقية الجو وامتصاص جزء من الملوثات الهوائية، وكما أن غناها وكبر حجمها وتطورها الطبيعي يمكن أن يؤدي بها تكوين أنظمة إيكولوجية تساهم في الحافظة على البيئة والتنوع البيولوجي.

---

[1] محمد السويدي، **<u>مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري</u>**، ديوان المطبوعات الجامعية الساحة المركزية بن عكنون، الجزائر ط1، ص137، 138.

وأمام الزحف العمراني فغنى الأحزمة الخضراء المعتني بها تؤدي إلى ديمومة المجال الأخضر داخل المدن وتساهم في اخضرارها وتزينها ومنحها مناظر جمالية مميزة.

ورغم أهميتها الاجتماعية والبيئية، فقد أصبحت هدفها لكثير من أطماع التوسع العمراني، كما تتعرض للعديد من الضغوطات نتيجة الإهمال ولا مبالاة السلطات والمسؤولين، وتعاني بعض هذه المساحات الخضراء آثار سلبية لبعض التدخلات غير الملائمة وغير اللائقة من السكان أنفسهم من رمي للقاذورات والنفايات وغيرها، هذه العوامل تؤدي إلى التدهور المستمر وإلى تقليص وتراجع الأهمية بشكل تدريجي.

المؤسسات التربوية:

من المعروف أن التربية نشاط أو عملية اجتماعية هادفة، وأنها تستمد مادتها من المجتمع الذي توجد فيه، إذ أنها رهينة المجتمع بكل ما فيه من عوامل ومؤثرات وقوى بشرية ومادية، وأنها تستمر مع الإنسان منذ أن يولد وحتى يموت، لذلك فقد كان من أهم وظائفها إعداد الإنسان للحياة والعمل على تحقيق تفاعله وتكيفه المطلوب مع مجتمعه الذي يعيش فيه فيتأثر به ويؤثر فيه.

ولأن هذا التأثير والتأثر لا يمكن أن يحصل إلا من خلال المؤسسات الاجتماعية المتنوعة التي تتولى مهمة تنظيم علاقة الإنسان بغيره، وتعمل على تحقيق انسجامه المطلوب مع كل ما يحيط به من كائنات ومكونات، فان العملية التربوية مستمرة وتتم من خلال المؤسسات التربوية الاجتماعية التي تتولي مهمة تربية الإنسان، وتكيفه مع مجتمعه، وتنمية وعيه الايجابي، وإعداده للحياة، وتعد هذه المؤسسات التربوية بمثابة الأوساط والتنظيمات التي تسعى المجتمعات لإيجادها تبعا لظروف المكان والزمان حتى تنقل من خلالها ثقافتها وتطور حضاراتها، وتحقق أهدافها وغاياتها التربوية.

وهنا تجدر الإشارة إلى أن المؤسسات التربوية لا تكون على نمط واحد أو كيفية واحدة طول حياة الإنسان إذ إنها متعددة الأشكال، مختلفة الأنماط وتختلف باختلاف مراحل عمر الإنسان وظروف مجتمعه وبيئته المكانية والزمانية والمعيشية، وما فيها من عوامل وقوى كما تختلف باختلاف نوعية النشاط التربوي الذي يتم ممارسته فيها.

وهنا يمكن تعريف المؤسسات التربوية بأنها تلك البيئات أو الأوساط التي تساعد الإنسان على النمو الشامل لمختلف جوانب شخصيته، والتفاعل مع ما حوله من مكونات، ويأتي من أبرز وأهم هذه المؤسسات التربوية في المجتمع الأسرة والمدرسة وجماعة الرفاق، إلى جانب المسجد ووسائل الإعلام، وأماكن العمل ونحوها من المؤسسات المختلفة التي تؤثر على تربية الإنسان، سواء كان التأثير بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ومعنى هذا أن تربية الإنسان لا يمكن أن تتم إلا من خلال بعض المؤسسات أو الوسائط الاجتماعية المختلفة ونظرا لكثرة هذه المؤسسات وتنوعها واختلاف أشكالها وأنماطها فقد عرف المجتمع المسلم عبر تاريخه الطويل عددا من هذه المؤسسات الاجتماعية التربوية والتعليمية المختلفة، التي كانت نتاجا طبيعيا للعديد من المطالب والتحديات والتغيرات الحضارية التي طرأت بين حين وآخر على العالم الإسلامي.

وفي هذا الإطار يرى "**روبير أوزيل**" أن الحي السكني يشكل الوحدة السكنية الأولية التي يشترك فيها الناس بشكل أكثر عفوية، وأن إنشاء أي حي سكني يعني تكوين مستقبل حياة السكان، و لهذا وجب التأكد على الجوانب الاجتماعية والثقافية كإحدى أولويات الإنشاء، فالمعماري لا يحدد نمط الحيازة ولا الأبعاد الاجتماعية والثقافية والنفسية التابعة لها، بل يحرص على تحديد الكثافة النظرية وعدد الطوابق إلى جانب عدد الغرف، اتجاه الشرفات وامتداد المساحات، وهذا ما يتعارض مع مبادئ المدرسة الوظيفية للهندسة المعمارية

والتي تؤكد على المعطيات الضرورية للحياة الاجتماعية والثقافية في أي تجمع سكني، وتؤكد على أن يتناسب امتداد المساحات الحرة مثلا بمدى ارتفاع العمارات وعدد الطوابق وهكذا... ولهذا ينبغي على القائمين على عملية التخطيط اعتباره كنتاج مادي أو ثقافة مادية لها أبعادها الاجتماعية والعمرانية المتكاملة، وللمسكن آثار ثقافية حيث نجد أن نوعيات المساكن وعددها تتأثر بثقافة الناس، وأن المعايير المتعلقة بالإسكان المتاح والمرغوب فيه، وتصف نوعية الإنشاءات ونوعية الملكية ومساحة المكان والتكلفة وكذلك الجيرة، كما أن هذه المعاير تختلف باختلاف أعمار الأفراد وحجم الأسرة وتكوينها، فبالرغم من أن تواجد غرفة نوم خاصة لكل فرد لا يمثل حاجة سيكولوجية للإنسان، إلا أنها تعتبر ضرورة ملحة في بعض المجتمعات مثل المجتمع الأمريكي أو الغربي عموما، وهذا يختلف بالنسبة لمجتمعات ذات ثقافات أخرى، فالبيت ونوعية البناء ومواد التشييد وموقعه، ومرافقه وشكله الهندسي....، كل هذه العوامل لها أثرها على طبيعة العلاقات الاجتماعية والأنماط السلوكية والأساليب الحياتية لقاطنيه.[1]

النقل والمواصلات:

لقد شهدت السنوات الماضية تزايد كبير في ملكية المركبات الخاصة في كل مكان من العالم المتطور، فالمزايا التي تقدمها المركبات الخاصة هي بلا شك منافع بالنسبة لغالبية أعضاء المجتمع، لكن في نفس الوقت صاحب التوسع السريع في ملكية المركبات نتائج خطيرة على الاقتصاد الحضري.

والنقل هو عملية بالغة الأهمية بالنسبة للمجتمع ككل، فبدون وسائل النقل لا تكون هناك تجارة وبدون تجارة يستحيل أن تكون القرى والمدن والقرى هي مراكز الحضارة، ولذلك فإن وسائل النقل ساهمت قديما وتساهم في قيام

[1] محمد عاطف غيث: **التغيير الاجتماعي والتخطيط**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص ص: 180 -181.

الحضارة، حيث ازدهرت وتطورت في أواخر القرن 18 وأوائل القرن 19، لكنها أضحت تشكل مشكلا خطيرا في بعض البلدان، وما الاحتباس الحراري إلا واحد من هذا التلوث الذي أضحى يهدد العالم المتقدم صناعيا عامة والعالم الثالث خاصة، حيث لم نعد بمنأى عن المتغيرات الطبيعية والإنسانية بالخصوص جراء الاندفاع اللاعقلاني نحو الكمال المادي دون مراعاة للقيم الجمالية والاجتماعية في التخطيطات الحضرية الحديثة، خاصة ما نشاهده من تنمية غير مستدامة في بعض الأقطار العربية التي أنفقت الملايين من الدولارات على مشاريع وهمية دون جدوى.

فظاهرة التلوث البيئي بجميع أنواعها، منتشرة بشكل كبير في الأوساط الحضرية وتبقى آثارها السلبية مستمرة مست وتمس عدة جوانب مختلفة الصحية منها والجمالية، والاقتصادية، والثقافية، وهي تزداد يوما بعد يوم لأسباب كثيرة منها زيادة التصنيع وإهمال الأفراد، وعدم وعيهم بثقافتهم البيئية مما نتج عنه عدة ظواهر مختلفة منها (اجتماعية، صحية، اقتصادية).

التـخطيط الاجتمـاعـي:

إن عملية تهجير المستوطنين من مجتمعهم القديم إلى المجتمع الجديد تسبقه دراسات مسبقة للجماعات الوافدة، بالإضافة إلى برامج توعية وإرشادية وهي عملية اجتماعية في المحل الأول، وفي هذه المرحلة تأخذ الهندسة الاجتماعية دورها في التكوين الفعلي للمجتمع الجديد، ومساعدة المستوطنين على التكيف وقبول ظروف وأوضاع الإقامة وسط هذا المجتمع.

فالتخطيط الاجتماعي عبارة عن عملية اطراديه تعبر عن استمرار الجماعة في التقدم نحو تحقيق الأهداف الاجتماعية للحياة في المجتمع والجماعة، وذلك لأنه يتقاسم المكان في أوجه النشاطات المتعارضة والمتبادلة

للناس، فالتخطيط ينظر إليه على أنه تجديد ومراجعة وتغير لإطار العلاقات الاجتماعية وهو كعملية ليست له بداية محددة، كما أنه ليس له نهاية محددة[1].

حسب " **سروكين** " المقصود بالتخطيط الاجتماعي هو دراسة التأثيرات والعلاقات الإنسانية المتبادلة الناتجة عن كون الإنسان كائن اجتماعي، لا يستطيع العيش إلا في جماعة، فهو يقضي معظم وقته مرتبطا بهم وعلى علاقة معهم، وطابع الإنسانية فيه يعود إلى المشاركة في المجتمع ومساهمته في تيار الحركة الاجتماعية بكل مقوماتها الثقافية من عادات وتقاليد ودين التي يكتسبها من المجتمع. لهذا فإن صياغة النظام الاجتماعي والاحتفاظ بوجوده، يعود استنادا إلى الاعتراف بالخبرات السابقة وتراث الماضي الذي يزودنا بأنماط السلوك ونماذج الفعل الإنساني حيث أسندت الحياة الاجتماعية إلى ثقافتين:

- ثقافة مادية من جهة نسق تكنولوجيا والاقتصاديات.
- ثقافة لامادية كالقيم والمعتقدات والأخلاق[2].

<u>* خصائص التخطيط العمراني:</u>

يختلف التخطيط العمراني الحضري في طبيعته وخصائصه عن سائر أنواع التخطيط الأخرى نظرا للطبيعة الخاصة التي يتعامل معها هي البيئة الحضرية المعقدة والسريعة التطور، والتبدل والتحول ومن هنا يمكن تحديد بعض الخصائص التالية:

---

[1] أ. محمد عاطف غيث: **<u>التغيير الاجتماعي والتخطيط</u>**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص 156.

[2] د/ سيد حسيني: **<u>دراسة في علم الاجتماع</u>**، دار المعارف، القاهرة، ص 81.

1-فهم العناصر الاجتماعية والثقافية والنفسية كمكونات أساسية التي توضع للبيئة الحضرية وبذلك يؤكد التخطيط الحضري على الربط بين الجوانب السلوكية والمعمارية للتخطيط الحضري.[1]

2-تحديد مكونات وعناصر البيئة وعملية تحديد مكونات البيئة الحضرية أمر مرادف لما يمكن تسميته بالمسح الجغرافي حيث إن على المخطط أن يعرف ويحدد ما هو موجود من أنشطة وظواهر مختلفة.

3-استخدام مفهوم النظام أو النسق ويقصد بذلك معالجة البيئة الحضرية وتخطيطها كوحدة حضرية تترابط مكوناتها وعناصرها مع بعض، ومعالجة النظام كوحدة تترابط مكوناته وكونه عبارة عن بيئة تتكون من عناصر وروابط وتشكل الروابط والعناصر شبكة العلاقات التي تكون في مجموعها وحدة النظام، والتخطيط هنا ينقسم إلى عنصرين أساسين هما:[2]

أولا: الخصائص الطبيعية المتمثلة في التضاريس والتربة والمياه وعناصر المناخ والنبات الطبيعي والمصادر المناخية الأخرى.

ثانيا: النشاط البشري من مؤسسات إدارية واقتصادية واجتماعية وثقافية ونقل كل ما يمارسه الإنسان، إذ ينتج عن تفاعل هذين العنصرين نظام استعمالات الأرض للأنشطة والخدمات المختلفة. وهناك وجه آخر للتخطيط العمراني الحضري وهو الاستجابة لمشكلات ملحة تظهر في البيئة الحضرية وتحتاج إلى حلول ناجحة، تمكن من المحافظة على أسباب التفاعل بين الأنشطة الحضرية المختلفة.

---

[1] خلف حسين علي الدليمي: **التخطيط الخضري**، دار الثقافة، الدار العلمية الدولية، ط1، عمان، الأردن ص62.

[2] اشم عبود الموسوي، وحيد صلاح يعقوب: **التخطيط والتصميم الحضري**، **دراسة نظرية وتطبيقية حول المشاكل الحضرية**، ط1 ، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2006.ص- ص 25- 27.

4- يرتبط التخطيط العمراني الحضري كغيره من أنماط التخطيط الأخرى بوجود قرارات سياسية وإدارية ومالية تعزز أجهزة التخطيط، وتحدد لهم اختصاصاتهم وصلاحياتهم وتعطيهم قوة التنفيذ والتصرف، وما لم تكن هذه القرارات واضحة المعالم ذات صبغة قانونية فإنها تشوش ذهن المخططين والخطط أكثر من توضيح الرؤية وسير العمل، وبالضرورة أن يرتبط القرار في مجال التخطيط الحضري وسائر أنواع التخطيط الأخرى بعلاقة ضمنية مع المستشارين والباحثين الذين يهيئون المعلومات الصحيحة والدقيقة التي على أساسها يصنع ويظهر القرار.

5- تصور التخطيط الحضري على أنه عمليات مترابطة تتم على عدة مستويات من بينها:

أولا: مستوى البيئة الحضرية: حيث يتم التركيز على التركيب الداخلي للبيئة الحضرية.

ثانيا: مستوى الإقليم الحضري: ويتجه هنا إلى عدة بيئات حضرية تلتقي مع بعضها البعض.

ثالثا: مستوى الدولة: ويوجد التخطيط في هذه المرحلة ليرتبط بعملية التحضير ككل وتوضع خطط شاملة لكل البيئات الحضرية.

6- النظر إلى التخطيط الحضري على أنه يتعامل مع بيئة غير متجانسة وتقبل الفروق بين الجماعات المختلفة لوجود فوارق بين العادات والتقاليد، والتي هي انعكاس لتباين في الخلفيات الثقافية والاجتماعية لهذه الثقافات المختلفة ويرجع هذا الاختلاف إلى الهجرات الواسعة في مناطق متباينة.

7- النظر إلى التخطيط الحضري كعملية من عمليات إعادة بناء العلاقات الاجتماعية، ويظهر ذلك مثلا في عملية نقل السكان من منطقة إلى أخرى في المدينة الواحدة نتيجة للتخطيط، وكذلك الكيفية التي يرغبون بها التوزيع مكانيا في المناطق الجديدة المخصصة لهم، ولهذا على التخطيط أن يدرس رغبات

الناس واحتياجاتهم وأوضاعهم الاجتماعية والنفسية بعناية ودمج هذه الخطط المختلفة وتنفذ في البيئات الحضرية.

8- تحقيق التوازن في توزيع السكان في المناطق الحضرية وبشكل يحقق التجانس الاجتماعي والحيلولة دون إقامة تكتلات اجتماعية عرقية التي تؤدي إلى إضاعة خصوصية المدينة الأصلية، فالتخطيط يهدف إلى توزيع عادل للأنشطة الحضرية المختلفة بين أكبر عدد ممكن من المراكز بطريقة تضمن توفير الفوائد الاقتصادية والاجتماعية لجميع المناطق والأقاليم وسكانها والتركيز على الأسلوب العلمي في معالجة التطوير والتخطيط الحضري.

- **أهداف التخطيط العمراني**[1]

يهدف التخطيط الحضري للارتقاء بمعظم الترتيبات وتحسين الظروف البيئية الطبيعية في الموقع الذي بنيت عليه المدينة، وفي المناطق المحيطة بها في حدود ما يمكن جمعه من أموال وتشييد المباني وتخطيط الأحياء والخدمات وإقامة البنايات السكنية الملائمة صحيا، واجتماعيا وثقافيا لفئات مختلفة من الأفراد، والتي تمكنهم من إشباع احتياجاتهم الأساسية البيولوجية منها والسيكولوجية والاجتماعية.

ولهذا يجب على التخطيط أن يحقق ما يلي:

1- التناسب بين عدد سكان المدينة وحجمها ومساحتها الجغرافية.

2- التناسب بين حجم السكان ووظيفة المدينة التي تقوم بتحقيق أنماط الاتصال المختلفة.

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: **المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري**، الاسكندرية، ط 5، 1989، ص 211.

3- تحقيق نوع من التوازن بين الجوانب المادية القائمة في المدينة وبين الطبيعة الاجتماعية والأخلاقية والثقافية التي يقوم عليها النسق البنائي الاجتماعي للمدينة كظاهرة اجتماعية حضرية.

4- إقامة البيئة المناسبة اجتماعيا ونفسيا وعضويا لمساعدة الكائن على استمرار حياته.

خـاتمة:

إن عملية انتقال الأفراد من تجمعاتهم الأصلية إلى التجمعات الحضرية الجديدة أثار ويثير الكثير من المشاكل منها عدم الاستقرار من جهة والجريمة والانحراف من جهة أخرى. فمشكلة التكيف أو التوافق مع البيئة الجديدة تثير العديد من التساؤلات لدى البحثين وبخاصة في مجال الإيكولوجية الثقافية والأسرة، فعندما يترك الأفراد مجتمعهم الأصلي القديم إلى مجتمع جديد ممثلا في التجمعات الحضرية الجديدة، فإن عليهم إقامة علاقات اجتماعية جديدة إما بالتخلي عن قيمهم وعاداتهم القديمة، أو بالتأقلم مع قيم الوافدين منهم، كما أن الانتقال للتجمعات الحضرية الجديدة يتطلب معه وجود خدمات اجتماعية ومجتمعية عديدة، قد لا تف بحاجات ومتطلبات السكان فيها، وهذا يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي تنتج عن القصور في بعض الخدمات التي تقدم للسكان، وكيفية مواجهة وتلبية الاحتياجات الضرورية لهم، وكذا إلى التميز والتنوع الثقافي لهؤلاء السكان نظرا لكونهم يأتون من مجتمعات ومناطق ومهن متمايزة، الأمر الذي يجعل تحقيق التوازن بين هذه الجماعات في غاية الصعوبة، لأن ضمان توحدها مع المجتمع مطلبا أساسيا لنجاح ميزة التنمية واستمرار فعالية التجمعات الحضرية الجديدة.

ويمكن ملاحظة ذلك من خلال التفاعل القائم بين الجماعات الاجتماعية وتنظيماتها من ناحية، وبين التجمعات الحضرية الجديدة من ناحية أخرى

فنماذج كهذه تضطر كل فرد إلى التوقف كل مرة للتفكير فيما يعيق عمله أضف إلى ذلك أن ما يراه أحد الأفراد صحيحا ومنسجما مع الأفكار والقيم الأساسية، يراه غيره عكس ذلك تماما.

إن التجمعات الحضرية الجديدة بالرغم من أنها وسيلة عمرانية ساهمت في توفير السكن الجماعي العمومي، وحلت جزءا مهما من أزمة السكن في البلدان، والتحكم في التوزيع العمراني المنظم، إلا أنها لم تنجو من الانتقادات حول نقائصها كالإخفاق في توفير جميع الهياكل الضرورية والتجهيزات الأساسية لسكانها، بحيث لا تزال هذه التجمعات الحضرية المتواجدة بحواف المدن عبارة عن مراقد للسكان فقط، تنعدم فيها كل الخدمات والتجهيزات الضرورية لتلبية متطلبات الأفراد، والشواهد في مراكز المدن التي أنشئت بها يعاني سكانها من صعوبات جمة منها مشكلة النقل في رحلة العمل اليومية والاكتظاظ في المؤسسات التعليمية، وانعدام الخدمات الصحية وغيرها. كما أن الوعاء العقاري الذي أقيمت فيه التجمعات الحضرية الحديثة اقتطع في أكثر الحالات من الأراضي الفلاحية الخصبة. وهنا عولجت مشكلة التجمعات الحضرية بمشكلة أكبر منها وهي العقار الفلاحي.

من هنا يمكننا القول بان التلوث البيئي هو أحد التحديات الرئيسية التي تواجه التخطيط الحضري والصناعي في القرن 21، ولا تستثنى مدن البلدان النامية من هذه المشكلة وهذا التحدي، خاصة وأنها تسعى جاهدة إلى التصنيع الثقيل، ونقل التقنية الصناعية إلى مؤسساتها الإنتاجية والحديثة في أقصر وقت ممكن، ومعنى ذلك أن البلدان النامية ستواجه مشكلة التلوث البيئي عاجلا أم أجلا، ومما يزيد الأمر تعقيدا أن التنمية الاقتصادية في البلاد النامية لا تتم بدون النمو الصناعي والتقني السريع[1].

---

[1] صبري فارس الهيثي: **التخطيط الحضري**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2009، ص 50.

وما الاحتباس الحراري الذي تعاني منه دول العالم اليوم قاطبة، إلا دليل حي على عدم احترام الدول للاتفاقيات والمواثيق التي تحد من ظاهرة التلوث خاصة منها البلدان المصنعة التي أضحت في الآونة الأخيرة تشكل خطرا كبيرا على الحياة البرية والبحرية دون استثناء، نتيجة ما تلقيه من نفايات سائلة وصلبة، وما تطرحه من غازات سامة وإشعاعات نووية، خربت طبقة الأوزون التي تحمي الكرة الأرضية حيث تضررت تضررا جسيما جراء هذه النفايات، لأن التفكير المادي اللآمشروط (اللاعقلاني) أضحى سمة مسيطرة على عقول الأفراد، بخاصة التجارب النووية التي شهدها العالم بداية القرن التاسع عشر ونهاية القرن العشرين.

كما أن مشكل الاكتظاظ الذي تعاني منه هذه التجمعات الحضرية لم يجد له حلا، نتيجة النمو الديموغرافي المتسارع، حيث أن القسم الواحد يضم في بعض الأحيان أكثر من 50 تلميذا، وهذا دليل على عدم وجود تخطيط استراتيجي مدروس لمثل هذه التجمعات الحضرية، ناهيك عن انعدام أدنى الشروط الضرورية من الخدمات التي يحتاجها أفراد التجمع، كالمواصلات وأماكن الترفيه، والمساحات الخضراء المخصصة للعب. كما أن البناءات الحضرية أدخلت عليها تعديلات من طرف قاطنيها مما شوه المنظر الجمالي لها، لذا أضحت الاحتجاجات الوسيلة الوحيدة لإسماع انشغالاتهم إلى المسؤولين، والتعبير عن مشاعرهم جراء ما يعانونه من تهميش وسوء تسيير لهذه التجمعات.

❁❁❁

قائمة المراجع:

1. اشم عبود الموسوي، وحيد صلاح يعقوب: التخطيط و التصميم الحضري، دراسة نظرية وتطبيقية حول المشاكل الحضرية، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2006.

2. أيمن سليمان مزاهرة د. علي فاتح الشوابكة: البيئة والمجتمع، دار الشروق للنشر والتوزيع ط (1)الإصدار الأول، 2003: ص 103دراسات في اللسانيات التطبيقية حقل تعليمية اللغات – أحمد حساني – ديوان.
3. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: التخطيط الحضري، مركز الإسكندرية، الإسكندرية 2005، ص93.
4. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري الاسكندرية، ط 5، 1989
5. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: المدينة، دراسة في علم الاجتماع الحضري الطبعة**1**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
6. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري الطبعة**5**،المكتب الجامعي الحديث ،الإسكندرية 1989
7. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري الطبعة**5**، المكتب الجامعي الحديث ،الإسكندرية 1989.
8. حسين علي السعيد: أساسيات علم البيئة والتلوث الطبيعة العربية، الفصل 11.
9. خلف حسين علي الدليمي: التخطيط الخضري، دار الثقافة، الدار العلمية الدولية ط1، عمان، الأردن.
10. د/ سيد حسيني: دراسة في علم الاجتماع، دار المعارف، القاهرة.
11. راتب السعود: الانسان والبيئة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عام 2004ص52
12. صبري فارس الهيثي: التخطيط الحضري، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع الأردن، عمان، 2009
13. محمد السويدي، مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية الساحة المركزية بن عكنون، الجزائر ط1.
14. محمد عاطف غيث: التغيير الاجتماعي والتخطيط، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1989.
15. محمد عاطف غيث: علم الاجتماع الحضري(مدخل نظري)، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ص 194.

أساليب الحياة الخطرة كعوامل استهدافية للإصابة ببعض الأمراض المزمنة

د/ نايت عبد السلام كريمة
استاذة محاضرة (أ). تخصص: علم النفس العيادي
جامعة مولود معمري- تيزي وزو

مقدمة:

لقد تزايد الاهتمام بآثار الشخصية على الصحة والمرض في السنوات الأخيرة، وبالتحديد بخصائص الشخصية وكيفية تفاعلها مع عوامل أخرى بيئية اجتماعية، ودورها في إحداث المرض أو الحفاظ على الصحة، هذا بالإضافة إلى دراسة ما يسمى بأنماط الحياة أو أساليب الحياة، والتي تعكس جوانب لا يستهان بها في حياة الفرد، ويتناول بالدراسة علماء النفس الصحي أسلوب الحياة، على أنه أحد العوامل المؤثرة على الصحة، حيث أن له دورا هاما وحاسما في تحسين الصحة والوقاية من الأمراض وعلاجها ومن ثم يعرفونه بأنه " القرارات والسلوكيات المرتبطة بالصحة التي تتحكم في أداء الفرد إلى حد كبير " أو أنه " السلوكيات النوعية التي تمثل عوامل خطر للإصابة بالأمراض أو الموت الفجائي"[1] وتولي الاتجاهات الحديثة في الدراسات السيكولوجية – خاصة تلك التي تنتمي إلى دراسات في علم نفس الصحة – اهتماما بالغا بالجوانب المختلفة للشخصية والعوامل المؤثرة فيها، وكيفية قياسها وعلاقتها بالصحة والمرض، وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير على توافق الشخصية، ويعتقد أن

---

[1]محمود السيد، هبة الله، 2002، **الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، مصر، ص12.

الفرق في درجة تأثر الوضع الصحي للأفراد تحدّده بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والفيزيولوجية عوامل أخرى تتعلّق بالشخصية وكذلك بأسلوب أو نمط حياة الفرد، بمعنى أن التوجه السلوكي للفرد –من خلال ممارساته اليومية في التغذية والنوم وفي النشاط البدني وفي كيفية استجابته للضغط ومعالجته للانفعال وطريقة توجّهه في الحياة– يمكن أن يكون عاملا من عوامل الخطورة على صحته.

لذلك يمكن القول بأنه و بالرغم مما تتسم به الحياة العصرية من نعيم وترف وعناية في التنشئة والتربية الصحية والتعليمية والتي لم تتح لأفراد الأجيال السابقة، وبالرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب سواء العلاجي أو الوقائي، إلاّ أنه قد انتشر في الحضارة الحديثة مجموعة من الأمراض الجسمية المزمنة المستعصية على الشفاء ومن أبرزها أمراض الشريان التاجي والذبحة الصدرية وارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة و الاثني عشر ...إلى غير ذلك من الأمراض التي قد ارتبط انتشارها بالحضارة، حيث نتج عن التحضر والتصنيع وللأسف، أسلوب حياة قليل الحركة و كثير التوتر وسلوكيات غذائية غير صحية، وكلها عوامل تساعد على الإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة التي تتأثر بنمط الحياة، كارتفاع ضغط الدم الجوهري مثلا الذي تشير الإحصاءات إلى تزايد مستمر في عدد المصابين به[1].

فهناك العديد من الدراسات والدلائل العلمية على أن الصحة الجسمية تتداخل مع العوامل الجسمية والنفسية للفرد ، وأن هناك من العوامل النفسية ما ينبغي النظر إليها والاهتمام بدراستها عند تشخيص وعلاج المرض العضوي وأن الوصول للفهم الصحيح لعوامل تحقيق الصحة الجسمية للفرد لا يتم بدون

---

[1] نايت عبد السلام كريمة،2014، **علاقة بعض المتغيرات النفسية والشخصية وطرق التعامل مع الضغط النفسي والاتجاه نحو السلوك الصّحي بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة الجزائر .

التوصل لفهم واضح للجوانب النفسية والاجتماعية له، وهذا ما يؤكد على تفاعل الجسم– العقل– النفس والذي يهتم به علم نفس الصحة، وهذا ما ستحاول الباحثة إبرازه من خلال كتابتها لهذا المقال الذي يمكن تصنيفه ضمن دراسات علم نفس الصحة.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه النظرة، تتسق مع توصية الجمعية الأمريكية لعلم النفس (A .P. A) للباحثين، بضرورة إجراء أبحاث يكون الهدف الأساسي منها، حماية صحة الفرد النفسية والجسمية[1] لذا نجد أبحاث فرع علم النفس الصحة تدور حول شقين، الشق الأول ويركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالصحة البدنية والنفسية، كخطوة مبدئية للوقاية من الإصابة بهذه الأمراض والشق الثاني يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصميم برامج للمرضى، تكون متباينة الأهداف والوسائل، وذلك من أجل التخفيف من المعاناة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، وأول ما تبدأ به الباحثة هذا المقال هو عرضها لبعض المفاهيم المتداخلة فيما بينها وتوضيحها.

1– مفهوم نوعية الحياة:

رغم أن مفهوم "نوعية الحياة " كانت بدايته تحت مضلة علم الاجتماع والانتروبولجيا إلا أن استخداماته، امتدت إلى العديد من مجالات الدراسة مثل الإعلام، التسويق وعلم النفس، كما حضي المفهوم باهتمام خاص في مجال الصحة، وقد صاحب هذا التعدد تباين في تعريف المفهوم عبر مختلف المجالات، ولعلم النفس دوره المهم في دراسة السلوك الإنساني وتنميته وتحسينه، والسلوك الإنساني هو الذي يسهم في تحقيق أو عدم تحقيق جودة البيئة المحيطة بالإنسان والخدمات التي تقدّم له، أي أن جودة السلوك الإنساني تسهم بدرجة كبيرة في تحقيق جودة الحياة (Qualité de vie)، وبالتالي في

---

[1] كارين رودهام، 2012، **علم النفس الصحي**، ترجمة: شويخ هناء أحمد محمد، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة ، مصر.

تحقيق الصحة وهذا هو موضوعنا الذي سنحاول الإشارة إليه بشيء من التفصيل في هذا المقال.

وإذا فحصنا ما لذي يعنيه الباحثون بمفهوم نوعية الحياة، نجد تعدّدا في هذه المعاني، حيث أن هناك تداخل كبير بينه وبين مفهوم "أسلوب الحياة" فالمفهوم تجاذبته العديد من الاتجاهات عرف خلالها بأكثر من معنى.

ففي إطار علم الاجتماع : عرفه "ماكس فيبر" Weber على أنه إدراك الأفراد للاختيارات المتاحة لهم في الحياة، بحيث يتوقف تحقيق أي من هذه الاختيارات على الفرص المتاحة للفرد في سياق المجتمع الذي يحيا بداخله وبالمقابل تناول باحثو علم النفس المفهوم من زوايا مختلفة، فعرّفه "أدلر" Adler في ضوء نظريته للتحليل النفسي الفردي على أنه حالة الفرد الفريدة التي تتكون من المجموع الكلي لدوافعه واهتماماته وسماته وقيمه كما تظهر في سلوكه ككل، وأسلوبه في الوصول إلى أهدافه، أما أنصار علم نفس الشخصية فيعرّفون هذا المفهوم بأنه يتكون من الأنماط الثابتة لأنساق الشخصية، والتي يمكن التعبير عنها بصور مختلفة وفي مجالات مختلفة تشمل عدّة جوانب مثل الجوانب العقلية، الوجدانية، والمزاجية والدافعية والاجتماعية.[1]

أما أنصار **التوجه السلوكي،** فيركزون على مفهوم "أسلوب الحياة الصحي"، ويتناولونه على أنه أحد العوامل المؤثرة على الصحة، حيث أن له دورا هاما وحاسما في تحسين الصحة والوقاية من الأمراض وعلاجها ومن ثم يعرفونه بأنه " القرارات والسلوكيات المرتبطة بالصحة التي تتحكم في أداء الفرد إلى حد كبير " أو أنه " السلوكيات النوعية التي تمثل عوامل خطر للإصابة بالأمراض أو الموت الفجائي"[2].

---

[1] محمود السيد، هبة الله، 2002، **الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية**، رسالةمقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، مصر، ص 12.

[2] المرجع نفسه، ص12.

وعلى هذا تميل التعريفات السلوكية إلى الاهتمام بشكل خاص ببعض الأبعاد الجزئية للمفهوم دون محاولة التوصل إلى نمط شامل يجمع بين مختلف أبعاد المفهوم، حيث تناول الباحثون المفهوم على أنه الطريقة التي يحيا بها الأفراد كما تتمثل في طريقتهم في الملبس، وعاداتهم والعلاقات بالأصدقاء والقيم ....الخ.

وهناك من الباحثين العرب من تحدّث عن "جودة الحياة" بمعنى قدرة الفرد على تحقيق التوازن بين احتياجاته ورغباته وبين استمتاعه بحياته ووجوده الايجابي فيها، وبهذا تتضح شمولية هذا المصطلح وتعدّد جوانبه، وتعبر جودة الحياة عن حسن صحة الإنسان الجسدية والنفسية، ونظافة البيئة المحيطة به وثرائها، والرضا عن الخدمات التي تقدم له، مثل التعليم **والخدمات الصحية والاتصالات** والممارسات الديموقراطية والعدالة الاجتماعية وشيوع روح المحبة والتفاؤل بين الناس، فضلا عن الايجابية وارتفاع الروح المعنوية والانتماء والولاء للوطن.[1]

وتعرّف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها: "إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي نعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتماماته"[2].

ويتوقف القياس الجيد لجودة الحياة على الوصف الدقيق للحياة الجيدة والتعرف على مستويات الجودة ويشير العديد من الباحثين، إلى أن هناك مشكلات عديدة لقياس جودة الحياة، ومن أهم هذه المشكلات صعوبة تحديد هذا المفهوم فقد تعدّدت أبعاده وتباينت، إذ يمكن القول أن تعريفات جودة الحياة

---

[3] محمود، عبد الحليم وعلي، مهدي كاظم، 2006 "**مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة** " **وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة**، جامعة السلطان قابوس – مسقط، عمان.

[2]WHO-QOL Group, 1994, **The Development of Word Health Organization Quality Of Life Assessment International perspectives**, (pp.41-57), Berlin: Springer-Verlag.

قد أخذت اتجاهات مختلفة وهي: الاتجاه الاجتماعي، الاتجاه النفسي والاتجاه الطبي.

2- مفهوم أسلوب الحياة:

كما أشرنا آنفا، فانه عند التحدّث عن مفهوم " أسلوب الحياة " (style de vie) نجد أنه قد اختلف الباحثين كثيرا في تحديده أو في تحديد أبعاده وذلك لاختلاف اتجاهاتهم النظرية ولهذا نجد أنه قد اختلفت تسميات المفهوم من "نوعية الحياة" أو "جودة الحياة " "نمط الحياة" أو "أسلوب الحياة" وارتبط بدراسات علم نفس الصحة ما يسمى أيضا بأنماط السلوك الصحي أو أنماط الحياة الصحية، وهذا ما جعل الاختلاف يتمحور أيضا حول قياس هذا المفهوم ، غير أن بعض الدراسات العربية قد أوضحت أن هناك فرقا بين مفهوم نوعية الحياة (Qualité de vie) وبين مفهوم أساليب الحياة (Styles de vie) كدراسة "الجيش" (2005) التي أبرزت نتائجها، العلاقة الموجودة بين نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم و ظهور الجلطة الدماغية، حيث طبق في هذه الدراسة مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، كما أن هناك دراسات عديدة تناولت نوعية الحياة لمرضى ضغط الدم والمرضى النفسانيين والذهانيين بالتركيز على الأبعاد التالية: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، الاستقلالية الذاتية، العلاقات الاجتماعية والزوجية، البيئة والمحيط وأخيرا الجانب الديني الروحي والتوجه نحو الحياة، وهذه الأبعاد هي الأكثر ملائمة لمفهوم "نوعية الحياة " حسب المنظمة العالمية للصحة[1]، ولعلم النفس دوره المهم في دراسة السلوك الإنساني وتنميته وتحسينه، والسلوك الإنساني هو الذي يسهم في تحقيق أو عدم تحقيق جودة البيئة المحيطة بالإنسان والخدمات التي تقدّم له أي أن جودة السلوك الإنساني تسهم بدرجة كبيرة في تحقيق جودة الحياة (Qualité de vie)، أما أنصار التوجه السلوكي فيركزون على مفهوم "أسلوب الحياة الصحي"، ويتناولونه على أنه أحد العوامل المؤثرة على الصحة، ويدرس علماء

نفس الصحة، كيف يؤثر في صحة الجسم كل من أسلوب حياة الفرد والأنشطة التي يقوم بها وردود الأفعال الانفعالية وطريقته في تفسير أحداث الحياة...وغير ذلك[1].

واستنادا إلى ما تم ذكره آنفا، يمكن تعريف أسلوب الحياة بأنه ذلك التوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية في التغذية (نوعية وكمية وطريقة تناول الغذاء...الخ) والنوم(ساعات النوم، طبيعته...الخ) وفي النشاط البدني(ممارسة أنواع الرياضة، مدى الاستمرارية عليها ...الخ) وفي كيفية استجابته للضغط ومعالجته للانفعال(بعض متغيرات الشخصية، وطرق التعامل مع الضغط...الخ) وطريقة توجهه في الحياة بصفة أكثر شمولية، يمكن أن تكون عاملا من عوامل الخطورة على صحته.

وقد تزايد الاعتراف خلال العقدين الأخيرين بأن نمط الحياة يلعب دورا جوهريا في المرض كما أنه عامل أساسي في تحسين الصحة، وبالتالي يجب النظر أيضا في تأثير بعض العوامل المرتبطة بالمرض مثل: التدخين، الكحول وزيادة الشهية للطعام...وعدم ممارسة الرياضة...وأشياء كثيرة أخرى وكل ذلك سعيا وراء هدف أسمى ألا وهو الارتقاء بصحة الفرد والمجتمع[2].

3- لمحة عن تطور المفهوم:

ظهر منذ الستينات من هذا القرن، في مجال العلوم الطبية والنفسية دراسة ما يسمى بأنماط جديدة للسلوك الشخصي، وذلك لدى العالمين "فريدمان" و"روزنمان" (Friedman & Rosenman,1986) بمعنى أن هناك أفراد لديهم سمات شخصية وسلوكية تهيئهم للإصابة ببعض الأمراض المحدّدة أكثر من

---

[1] عادل شكري، محمد كريم، 2006: **سلوك النمط "أ" دراسة في علم النفس الصحة**، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، مصر.

[1] نايت عبد السلام، كريمة،2014، **مرجع سابق**.

[2] الزراد، فيصل محمد خير، 2000: **الطب النفسي- جسدي**: دار الن. فائس، بيروت، لبنان

غيرهم، وقد تم تجميع هذه السمات في أنماط أو أساليب سلوكية معينة، وأطلقوا عليها تسمية الأنماط السلوكية "أ" و"ج" (Le type « C » & Le Patterne « A ») وتمثّل أساليب حياة خطرة (styles de vie à risques) [1].

يمكن الإشارة بهذا الصدد، إلى أن النمط "أ"(Le pattern A coronarogène) يشكل خطورة الإصابة باضطرابات الجهاز الدوري وبالخصوص انسداد الشرايين التاجية، ومن أهم سمات شخصية أصحابه الحساسية الزائدة للتحدي القادم من عوامل البيئة الفيزيقية أو الاجتماعية ولهذا النمط سمات أساسية أبرزها: التنافس الشديد، القابلية للاستثارة الإحساس بضغط أو عجلة الوقت (L'urgence du temps) النشاط السريع العدائية الغضب، وهو يعكس أسلوبا سلوكيا أكثر منه استجابة للضغوط الحياتية والمشقة، ويتكون من عناصر فرعية أهمها القلق والطموح، وينشأ هذا النمط من تضخيم داخلي للرغبة في ضبط الشخص لبيئته، ويحدث القلق عند فقدان هذا الضبط، وصعوبة الاسترخاء، ويتميّز أيضا أصحاب هذا النمط بانخفاض في تقدير الذات، مع ميل للتكلّم بصوت مرتفع وبسرعة.

هناك نمط آخر كما ذكرنا آنفا، يشكل خطورة الإصابة بالسرطان وهو ما سميّ بنمط "ج" (Le type « c ») ويتميز أصحاب هذا النمط بادراك العديد من الأحداث في حياتهم كمصدر تهديد وضغط عليهم، فيتأثرون بها بشكل مبالغ فيه وبشكل سلبي، يبدو في ارتفاع درجة القلق والتوتر وتهيج انفعالي حاد، مما ينعكس على عمل وظائف بعض الأعضاء في الجسم، عموما يتميز هذا النمط بالأفكار الاكتئابية، عجز مكتسب (Résignation apprise) ومع مشاعر العجز نجد التشاؤم وفقدان الأمل، يمتاز أيضا أصحاب هذا النمط بالانسحاب وتجنب الصراع.

أما عن نمط السلوك (د) أو الشخصية (د) (Type D de personnalité) فقد ظهر بعد الدراسات المتتالية التي قام بها كل من "دينوليه" وزملائه، خلال العشر سنوات الأخيرة للبحث في دور الشخصية كعامل منبئ بالإصابة بالاضطرابات القلبية.

ففي إحدى هذه الدراسات والتي دامت مدة خمس سنوات على عينة مكونة من (300) فرد مصاب بالمرض القلبي التاجي، تبين أن أسباب الوفاة عند أفراد هذه العينة تشير إلى تدخل ثلاثة عوامل ذات دلالة قوية تتمثل في: عامل ضعف عضلة القلب، عامل تقدم السن وعامل نمط الشخصية (د).

ويرى "دينوليه" (Denollet,2005) أن نمط الشخصية (د) يتعلق بالأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من الانفعالية السلبية (Affectivité négative) إلى جانب مستويات عالية أيضا من الكف الاجتماعي (Inhibition sociale) في التعبير عن المشاعر السلبية في المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وقد صنف "دينوليه" نمط الشخصية "د" كعامل من عوامل الخطورة على صحة الأفراد، إذ يؤدي للإصابة بالاضطرابات القلبية لما له من خصائص نفسية اجتماعية تؤثر على النشاط القلبي الوعائي حيث يتميز أصحاب هذا النمط بمستوى منخفض في الشعور بالانسجام (cohérence) وبنوعية حياة ضعيفة الجودة، مع ارتفاع نسبة تواجد الأعراض الاكتئابية والإحساس بالقلق والتوتر.[1]

وبالمقابل تحدث العلماء عن نمط آخر سمي بالنمط الواقي "ب" (Le type protecteur « B ») وهو الذي يتميّز أفراده بالقدرة الشديدة على الاسترخاء ويرتبط هذا النمط بالصحة النفسية والجسدية، وسمات شخصيات أفراده عكس سمات شخصيات الأنماط سالفة الذكر وخاصة عكس النمط "أ" حيث يتميز أفراد النمط "ب" بالتحرر من العدوان وعدم الإحساس بضغط الوقت، الإحساس

---

[1] الزروق فاطمة الزهراء، 2015، **علم النفس الصحي (مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة منه)**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص 77.

بالاستقرار والتأني في العمل، التكلم بسرعة أقل، وأفراد هذا النمط، أقل نشاطا ولديهم معدل انجاز تقليدي وأعمال بسيطة وأكثر قدرة على ضبط النفس، ولا يعبئون كثيرا بالتنافس ....الخ[1].

وهكذا استمر تطور هذا المفهوم، ليعبّر النمط السلوكي بشكل عام عن الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ وقد أسفرت نتائج البحث الذي قامت به الباحثة (الزروق، 2011) عن اكتشاف نمط سلوكي خاص يرتبط بالإصابة بالسكري سمي بالنمط السلوكي "ف" (F) وهو نمط يختلف في تركيبه عن الأنماط الأخرى الشهيرة، وتجدر الإشارة إلى أن نتائج هذا البحث تبقى محدودة ضمن مجال العينة التي شملتها الدراسة وبأداة القياس المستخدمة فيه، كما تجدر الإشارة أيضا إلى أن البحث في مجال الأنماط السلوكية وإن كان يقوم على فكرة حصر الأفراد في نماذج من الخصائص والتراكيب السلوكية والنفسية والانفعالية، إلا أن هدفه الأساسي لا يقف عند حد التصنيف والتنميط بقدر ما يتوسع إلى البحث عن وضع أسس تمكنه من فهم وتوضيح العلاقة بين السلوك والصحة من أجل الوقاية من الإصابة ببعض الأمراض ذات الصلة بطريقة الحياة وبغرض ترقية الصحة بشكل عام. أنظر رسالة دكتوراه[2].

من خلال كل ما سبق عرضه، فانه قد تم إدراج السلوك كمحدد ضمن محددات الخطورة على الصحة، كما تم أيضا تصنيف العوامل المؤثرة في الصحة ضمن ثلاثة أنواع وهي: العوامل الوراثية، العوامل البيئية، وأسلوب أو

---

[1] الزراد ، فيصل محمد خير، مرجع سابق.

[3] الزروق فاطمة الزهراء، 2011، "**النمط السلوكي (ف) المرتبط بالسكري**"، مجلة: دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد السادس، جامعة ورقلة الجزائر.

طريقة الحياة، وبشأن هذا الأخير فإن الدراسات الابيدميولوجية كالدراسة التي قام بها كل من "بيلوك وبريسلو" (Bellock & Breslow, 1972) سمحت بالكشف عما يسمى بأساليب الحياة ذات الخطر على الصحة والتي تم الاتفاق على تسميتها بعد ذلك بالأنماط السلوكية[1].

ويدل النمط السلوكي بشكل عام على الطريقة أو الأسلوب المميز للفرد في استجابته للمواقف المختلفة، كما أنه ينمو من خلال التفاعل بين خصال الشخصية ومتطلبات البيئة[2].

4- مفهوم الأمراض المزمنة:

تحتل الأمراض المزمنة، كالاضطرابات القلبية والسرطانات والسكري، جزءا مهما في قائمة المسببات المباشرة للوفيات بين الأفراد حسب آخر الإحصائيات التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في إطار تقاريرها التي تصدرها بشكل دوري حول موضوع الصحة[3].

ومع تعقد الحياة وتطورها، انتشر ظهور هذه الأمراض المرتبطة بالحضارة في حين بدأت أنواع أخرى تتلاشى وتختفي تدريجيا، كالأمراض التي تسببها الفيروسات والجراثيم والطفيليات، كالحصبة، الكوليرا، الحمى التيفوئيدية...الخ وذلك بسبب التقدم العلمي وانتشار الوعي الصحي، بينما الأمراض التي بدأت في الانتشار بكثرة تدعى "أمراض الحضارة الحديثة " وكلها تعود إلى شدة التوتر العصبي فالإنسان في المجتمع الصناعي الالكتروني يعيش في دوّامة من القلق والتوتر والإجهاد العصبي بالرغم من مظاهر الصحة العامة والنظافة

---

[1] الرزوق، 2015، **علم النفس الصحي(مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة منه)**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص 94.

[2] جمعة يوسف، 2000، **دراسات في علم النفس الإكلينيكي**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص24.

[3] الرزوق فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 93.

فمرض الذبحة القلبية قد أصبح هو المرض القاتل رقم واحد في الدول الصناعية ويليه في الخطورة أمراض المعدة والأمعاء وأهمها قرحة المعدة هذا إلى جانب مجموعة من الأمراض التي لم يعد يسلم منها إلا القليل مثل ارتفاع ضغط الدم وتسرع القلب أو لا نظميته وتضخم الدرق والربو والداء السكري... الخ [1].

وتتميز هذه الأمراض عن غيرها، من حيث أنها تنال العضوية بكاملها (الجسمية والعقلية) كما أنها تبرّر أهمية الاتجاه التكاملي (البيولوجي– النفسي– الاجتماعي) في الشخصية والعلاج النفسي.

والملاحظ كما ذكرنا آنفا، أنه قد تغيرت الصورة الوبائية في السنوات الأخيرة، وفي الوقت الحاضر تعتبر معظم الأمراض الخطيرة، عبارة عن حالات مزمنة يمكن الوقاية منها أو تعديلها عن طريق تغيير
السلوكيات التي ينشأ عنها اعتلال الصحة لهذا ينبغي التركيز على تعزيز التربية الصحية من أجل ترقية اتجاهات الأفراد نحو السلوك الصّحي .

وتشكل الأمراض المزمنة عبئا كبيرا على الفرد والمجتمع على حد سواء، كما أنها تعد الأولى من أسباب الوفيات في العالم الصناعي وكذا في العالم النامي مثل الجزائر والتي أصبحت تعيش تحولا وبائيا جعل من الأمراض المزمنة مشكلة صحية خطيرة كارتفاع ضغط الدم التي تعدّ أرقامه في تزايد مستمر خلال العشرية الأخيرة.

ومن خصائص المرض المزمن ما يلي:

– الازمان حيث يستعصى على العلاج ويحتاج إلى رعاية دائمة.

---

[1] ملوحي ناصر، 2005، <u>الطب النفسي الجسمي</u>، دار الغسق للنشر، الطبعة الأولى، دمشق، سوريا.

– ارتباطه بالسلوك ونمط المعيشة، كالتغيرات في نوعية الغذاء مثل ارتفاع نسبة ملح الطعام، والسكريات والشحوم ومواد حفظ الأغذية المعلّبة، ونقص النشاط الرياضي...الخ.

– تأثره بالعوامل النفسية والاجتماعية إلى درجة اعتبار هذه الأمراض أمراضا اجتماعية[1].

– ارتباطه بالسلوك الصحي وعوامل الخطر مثل التدخين وتناول الكحول، وعدم الامتثال للتعليمات الطبية والأمية الصّحية.

– عبء هذه الأمراض سواء على نمط حياة الفرد حيث تؤدي إلى إعاقات وظيفية، عطل مرضية وإشغال دائم لمؤسسات الرعاية الصحية، إضافة إلى الأعباء المالية [2].

5– أسلوب الحياة والإصابة بالأمراض المزمنة:

لقد أخذ يتنامى حديثا الاهتمام بالعلاقة بين أسلوب الحياة والإصابة ببعض الأمراض بشكل واضح فقد أبرز دليل التشخيص الإحصائي الرابع لجمعية علم النفس الأمريكية دور متغيرات أسلوب الحياة في الإصابة بالأمراض المزمنة، واعتبره واحدا من العوامل المسببة لها، وقد اكتسبت دراسات أسلوب الحياة في مجال الصحة أهميتها الراهنة، نتيجة لتغير طبيعة الأمراض في القرن العشرين، حيث انتقل الاهتمام من الأمراض المعدية مثل السل والأنفلونزا إلى الأمراض المزمنة، كأمراض القلب والأوعية الدموية والجهاز

---

[1] Taylor, S.E ,2003, **Health psychology** 5 me ed , New York , McGraw – Hill

[2] زعطوط رمضان، 2005، **علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

الهضمي والسرطان.. الخ والتي لا يجدي معها العلاج بالعقاقير فعالية بمعنى غياب الشفاء التام.

أما التغيرات المصاحبة لأسلوب أو نمط الحياة العصرية (تناول غذاء غير صحي الوجبات السريعة، نقص الرياضة البدنية، سوء استخدام العقاقير...الخ) فكانت جميعها متورطة في التغيرات الكبيرة التي طرأت على أنماط المرض بحد ذاته وتشمل مثلا ارتفاع ضغط الدم وغيره من أمراض القلب والأوعية الدموية وأنواع مختلفة من السرطان فضلا عما طرأ على معدلات وفيات الأطفال ومتوسط العمر المتوقع[1].

وقد تزايد الاعتراف خلال العقدين الأخيرين، بأن نمط الحياة يلعب دورا جوهريا في المرض كما أنه عامل أساسي في تحسين الصحة، وقد تم الاعتراف بالعوامل النفسية والأسرية على نحو متزايد كمحددات يجب أخذها بعين الاعتبار في الإجراءات الصحية والاجتماعية، وبالتالي يجب النظر أيضا في تأثير بعض العوامل النفسية والأسرية المرتبطة بالمرض، حيث أنه أصبح من الواجب على البرامج التي تستهدف الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة والرفاهية لدى الفرد، أن تعتمد على الفهم للثقافة والتقاليد والمعتقدات وأنماط التفاعل بين أفراد الأسرة ...الخ، ولا يقل عن ذلك أهمية التسليم بأن هيكل الخدمات الصحية ووظيفتها يتأثران تأثرا ملموسا بالنظم السائدة في الأسرة والمجتمع على حد سواء.

6- أهمية دراسة أنماط السلوك:

تعتبر دراسة أنماط السلوك لدى المرضى المزمنين والأفراد غير المرضى نقطة التقاء بين علم النفس الصحي وعلم النفس الطبي وعلم النفس الاجتماعي

---

[3]مجدي أحمد محمد، عبد الله، 2006، علم النفس المرضي – دراسة في الشخصية بين السواء والشذوذ – دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

وذلك انطلاقا من النموذج الصحي الوقائي في فهم الصحة والمرض، ولذلك قامت دول كثيرة بتبني مشاريع تستهدف تغيير السلوك على المستوى الجماهيري مثل مشروع الجمهور الصحي الأمريكي[1]، والذي يركز على التدخل من أجل بناء سلوك ينمي الصحة ويحافظ على الموارد التي يمتلكها الفرد والتي تسمح له بالتغلب على الأمراض والضغوط النفسية والشدائد، ويعتمد المشروع على التربية الصحية التي تهدف إلى ردم الهوّة بين معارف الفرد المتعلّقة بالصحة والمرض والعوامل المرتبطة بهما وبين سلوك الفرد الفعلي في واقع الحياة اليومية حيث يشمل هذا السلوك أفعال الأفراد والجماعات والمنظمات وكذا المحدّدات والنتائج المترتبة عن التغير الاجتماعي والسياسيات الصحية الرامية إلى ترقية أنماط التكيف وتطوير نوعية أو جودة الحياة وتحسين الصحة [2].

وفي هذا السياق، أكدت الدراسات الامبريقية والبحوث وجود علاقة قوية بين الإصابة بالأمراض المزمنة وبين بعض الأنماط السلوكية التي تشكل خطورة على الصحة، حيث لاحظ العلماء أن استمرار ظهور أعراض المرض يرتبط بالإبقاء على ممارسات سلوكية معينة، كما لاحظوا أن السلوك يقع ضمن المسببات الرئيسية للوفيات وأن هناك صنفين من السلوك، أحدهما يشكل خطرا على الصحة ويرفع من احتمال الإصابة بالمرض، والآخر سلوك صحي وقائي يحمي الفرد من خطر الإصابة وتكشف الدراسات والبحوث في هذا المجال عن الدوافع التي تدفع بالأفراد إلى تبني سلوك صحي وقائي أو سلوك ذو خطر على الصحة، حيث اتضح أن هناك العديد من العوامل المعرفية والنفسية الاجتماعية التي تتدخل في تحديد نوع السلوك، هذه العوامل هي نفسها التي

[1]Healthy People 2010, Op. Cite.
[2]Taylor, S.E , Op. Cite.

تشكل المحتوى النظري لمختلف التناولات والنماذج المفسرة للعلاقة بين السلوك والصحة والتي يطرحها علم نفس الصحة.

7- أهمية التربية الصحية في الحدّ من انتشار المرض المزمن:

إن صحة الفرد في المجتمع، والمحافظة عليها من المطالب الأساسية التي تسعى التربية الصحية للوصول إليها في كل زمان ومكان، ولقد تضاعفت مسؤولية المهتمين بالصحة وسعيهم للارتقاء بالنواحي الصحية وإبراز دور التربية في ذلك ولهذا، لابد أن نسعى أيضا نحن كعلماء النفس إلى تحقيق أفضل الطرق لتعليم الطلاب (في الجامعة) وأفراد أسرنا، من أجل بناء جيل متكامل علميًا وسلوكيًا، وإن كّنا ممارسين لمهنة المساعدة النفسية، علينا أيضا بإعداد مرضانا للتوجه السليم نحو سلوكيات صحية.

وتعدّ التربية الصحية من أهم مجالات الصحة العامة الحديثة، وتعتبر جزءاً أساسياً لأي برنامج للصحة العامة، وهي عملية فنية لها أسسها ومبادئها التربوية، كما أنه هناك مسؤوليات ومهام تقع على عاتق جميع العاملين في مجال الصحة العامة لكي تدفع الأفراد وتحثهم على القيام بمسؤولياتهم تجاه صحتهم، ولا يمكن لأهداف الصحة العامة أن تتحقق في أي مجتمع دون المشاركة الإيجابية من الأفراد.

وتعرّفها منظّمة الصحة العالمية بأنها " تضمّ فرص بناء وعي للتعلم تنطوي على بعض أشكال الاتصال التي تهدف إلى تحسين المعرفة الصّحية بما في ذلك تحسين المعرفة، تطوير المهارات الحياتية التي تساعد في الحفاظ على صحّة الفرد والمجتمع "[1].

---

[1] لكحل، رفيقة 2011، **تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

يمكن وصف التربية الصّحية، على أنها عملية تعديل سلوك الأفراد واتجاهاتهم فيما يتعلق بصحتهم، وذلك عن طريق تزويدهم بالمعلومات الصحية المناسبة، ويتم ذلك بإتباع الأساليب التربوية الحديثة والمناسبة لذلك، كما عرفها عدد من الباحثين بأنها:

- عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية.
- عملية تغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الناس فيما يتعلق بصحتهم.
- عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارستهم فيما يتعلق بالصحة، تأثيرا فعّالا.
- عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة.

وبذلك يمكن القول بأن التربية الصحية، تقوم بتزويد أفراد المجتمع بالمعلومات والإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم بغرض التأثير الفعّال على اتجاهاتهم والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي لمساعدتهم على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية.

ويؤكّد "كولين" (Colleen) على الدور الذي يلعبه السلوك في الأمراض المزمنة، لذا يعتقد أنه أصبح هو المنطلق الرئيس لمحاولات التدخل من أجل تغيير السلوك الهدّام وتحسين "نوعية الحياة " لدى المرضى[1]، حيث تبين له مدى صعوبة الرعاية الصحية للمريض المزمن بسبب تداخل العوامل الشخصية والاجتماعية والبيئية .

[2] Colleen, A. et AL, 2000, **Health behavior models**. The International Electronic Journal of Health Education,3 180-193.

وفي نفس السياق يؤكد " تايلور" أن تغيير السلوك يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة من حيث أنه يؤدي إلى:

- تخفيض نسبة الوفيات المرتبطة بالأمراض المزمنة بالتأثير على نمط المعيشة.
- ارتفاع العمر المفترض والتقليل من نسبة هذه الأمراض.
- ارتفاع المدة التي يتمتع فيها الفرد بعمر صحي وعافية وسعادة بعيد عن مضاعفات الأمراض ومعاناتها وآلامها.
- التقليل من نفقات المرض على المستويين الفردي و الجماعي.[1]

وللإشارة، فإن تقديم الدعم العلاجي والتربية الصحية في المراحل المبكرة للمرض يعد اقل تكلفة عن تقديمه في المراحل المتأخرة حيث ظهور المضاعفات وتدهور الحالة الصحية، وأن الأسلوب الأفضل من كل هذا هو الوقاية من كل الأمراض المتأثرة بنمط الحياة، بمعنى إيقاف السلوك الخطر أو تعديله بدلا من علاج الأمراض، وبمعنى آخر الاهتمام بالإنسان الفرد وباتجاهاته نحو السلوك الصّحي.

خــاتمة:

على الرغم من أن أساليب الحياة، كانت ولا زالت عاملا دائما وهاما في حدوث الأمراض، إلا أن أهميتها لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض لم تبرز إلا مؤخرا، عندما تمكنت الدول المتقدمة من خفض معدّلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب بواسطة تغيير نمط الحياة وسلوكيات الأفراد، وعندما استبدلت الأطعمة الغنية بالدهون والكولسترول بأطعمة قليلة الدهون، وحل الزيت النباتي

[3] زعطوط رمضان، 2005، **علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة**، مرجع سابق.

بدلا من السمن الحيواني، وزاد استهلاك السمك، ومارس الملايين الرياضة البدنية بانتظام ونجحت حملات التوعية ضد التدخين في الحدّ من انتشار هذه الظاهرة.

ومن المؤكد بأن خلق عادات صحية سليمة منذ الطفولة والمراهقة أسهل وأجدى وأرسخ من محاولة تغيير سلوكيات في منتصف العمر بعد أن تستفحل العادات الخاطئة ويصعب تغييرها، وعليه فان على الأسرة والمدرسة دورا كبيرا في زرع هذه السلوكيات السليمة لدى أطفالهم منذ الصّغر.

توصيات واقتراحات:

- ✓ القيام بدراسات استكشافية للتعرّف على أنماط السلوك الصحي لدى المواطنين.
- ✓ التأكيد على تطوير ورفع مستوى تطبيق برامج التربية الصحّية، وذلك مع جميع الشرائح العمرية وفي مختلف مؤسسات المجتمع المدني.
- ✓ ضرورة التدخل ببرامج التربية الصحية والقيام بدراسات قبلية وبعدية لتقصي أثرها في تعديل الاتجاهات والسلوك الصحي.
- ✓ ضرورة تدخل علماء النفس في إيقاف السلوك الخطر أو تعديله في مجال الأمراض التي ترتبط بأنماط المعيشة كارتفاع ضغط الدم مثلا.
- ✓ على الأخصائي النفسي أن يتبنى دورا في فريق العلاج الطبي لمثل هذه الأمراض، وذلك بإدخال مبادئ برامج تعديل السلوك وأساليب العلاج النفسي.
- ✓ توجيه المعلومة الصحية الهادفة و الصادقة لحماية المجتمع والأفراد من الأمراض والمشاكل الصّحية.
- ✓ تعديل الأنماط السلوكية غير الصحية، والقضاء على العادات السيئة وتشجيع أفراد المجتمع باتجاه السلوك الصحي.

- ✓ إجراء المزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال، وتوظيف مقترحاتها لخدمة المجتمع وتوفير الحماية والوقاية للمواطن والحد من انتشار مثل هذه الأمراض قدر الإمكان.
- ✓ يتوجب على وسائل الإعلام المختلفة المرئية والمسموعة والمقروءة، أن تتولى مهام عملية التوعية لأفراد المجتمع وذلك بعقد الندوات واللقاءات والمناقشات، كما يمكن تقديم هذه الخدمات عن طريق المؤسسات التعليمية (المدارس والجامعات) وكذلك المستشفيات والمراكز الصحية المنتشرة بمختلف مناطق الوطن، بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام بالإرشاد الأسري المجتمعي(الاهتمام بالأسرة في إطار المجتمع).

❁❁❁

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- الجودر، أمل (2002): أنماط الحياة الصحية، وزارة الصحة، قسم التثقيف الصّحي مملكة البحرين.

2- الزراد، فيصل محمد خير (2000): الطب النفسي- جسدي: دار النفائس، بيروت لبنان.

3- الزروق ، فاطمة الزهراء (2011): النمط السلوكي (ف) المرتبط بالسكري، مجلة: دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد السادس، جامعة ورقلة، الجزائر .

4- الزروق، فاطمة الزهراء(2015): علم النفس الصحي(مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة منه)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

5- جمعة سيد، يوسف (2000): دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

6- زعطوط، رمضان (2005): علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

7- عادل شكري، محمد كريم (2006) :سلوك النمط "أ" دراسة في علم النفس الصحة، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر.

8- كارين، رودهام (2012): علم النفس الصحي، ترجمة: شويخ هناء أحمد محمد، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.

9- لكحل، رفيقة (2011): تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

10- مجدي أحمد محمد، عبد الله (2006): علم النفس المرضي – دراسة في الشخصية بين السواء والشذوذ – دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

11- محمود السيد، هبة الله (2002): الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ، قسم علم النفس جامعة عين شمس، مصر.

12- محمود، عبد الحليم وعلي، مهدي كاظم (2006): "مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة " وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس – مسقط، عمان.

13- ملوحي ناصر (2005): الطب النفسي الجسمي، دار الغسق للنشر، الطبعة الأولى دمشق، سوريا.

14- نايت عبد السلام، كريمة (2014): علاقة بعض المتغيرات النفسية والشخصية وطرق التعامل مع الضغط النفسي والاتجاه نحو السلوك الصّحي بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة الجزائر.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

15 - Colleen , A . Et al (2000) : Health behavior models. The International Electronic Journal of Health Education, 3 180-193.

16 - Taylor, S.E (2003): Health psychology 5 me ed , New York : Mc Graw – Hill.

17 - WHO-QOL Group (1994): The Development of Word Health Organization Quality Of Life Assessment International perspectives, (pp.41-57), Berlin: Springer-Verlag .

السياسة الصحية في الجزائر
بين تطلعات التشريع ومشاكل التطبيق

د/ نجوى عميرش
استاذة محاضرة (أ)- قسم علم الاجتماع
جامعة عبد الحميد مهري – قسنطينة2

مقدمة:

لقد أصبحت مسألة الصحة من بين الانشغالات الأكثر أهمية في مجال التنمية في الجزائر، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشرات على سواء. بحيث تسعى الجزائر إلى تحسين الخدمات الصحية للمواطنين من خلال تقديم وتنفيذ سياسات صحية، وتحقيق الأهداف المسطرة، وتحقيق ومعرفة النتائج المحققة ومقارنتها بالإمكانيات المتوفرة.

وقد وصفت الجزائر مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، وذلك لتجسيد حق المواطنين في العلاج، كما نصت عليه المواثيق والدساتير والذي اعتبر مكسبا ثوريا، بحيث أن هذه السياسات شهدت نجاحات وإخفاقات، وهذا تماشيا مع كل المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر منذ الاستقلال، باعتبار الخدمات الصحية هي مخرجات المنظومة الصحية والهدف الذي تسعى إليه حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية والحفاظ عليها وتعزيزها.

وقد عرفت السياسات الصحية في الجزائر محطات متعددة، يمكن حصرها في ثلاث محطات هامة، المحطة الأولى تمتد من 1962 إلى 1989، وهي الفترة التي عرفت التدخلات الحمائية للدولة، بعد ذلك ثاني المحطة الثانية

الممتدة ما بين 1990 إلى 2000 والتي تميزت بظهور الدولة الآمنة والمنظمة للعلاقات المهنية، لتأتي المحطة الثالثة والأخيرة ما بين 2002 إلى يومنا هذا والتي عرفت ظهور ما يسمى بدولة الرفاه الاجتماعية؛ المتطلعة إلى لعب دور ريادي للرفع من النمو الاقتصادي وكذلك توفير الحماية الصحية المواطنين بالإضافة إلى تطوير وسائل عمل القطاعات الصحية.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية:

تعمل أي دولة على توفير الخدمات العمومية في ظل سياستها الاقتصادية، ومن بين أهم هذه الخدمات تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها من خلال اتباع سياسات صحية تجدها ناجحة لضمان التغطية الصحية، وعلى هذا الأساس تمثل السياسة الصحية في أي دولة بعدا أساسيا وجوهريا من أبعاد التنمية الاجتماعية، حيث أن تحقيق هذه الأخيرة لن يتأتى دون وجود أفراد يتمتعون بمستوى صحي مرتفع يدعمه وعي صحي، ضمن هذا السياق نحاول من خلال هذا المبحث الوقوف على مفهوم السياسة الصحية أهميتها ومقوماتها الأساسية.

1- مفهوم السياسة الصحية:

قبل التطرق للسياسة الصحية يجدر بنا تقديم تعريف لكل من الصحة والمرض.

1-1- مفهوم الصحة:

بالرغم من أن لفظ الصحة يرد كثيرا في حديثنا اليومي، إلا أن إعطاءه تعريفا واضحا ومحددا ليس بالأمر الهين، فمفهوم الصحة يشكل نظاما من التمثلات، أكثر عمومية من مجرد مقابلة بينه وبين عناصر مفهوم المرض بل العكس يأخذ هذا النظام من التمثلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية

والاجتماعية لكل جماعة إنسانية.[1]أي أن "الصحة" و"المرض" من المصطلحات التي تدخل تعريفاتها في السياق الثقافي والاجتماعي، ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو "صحي" أو "سوي" أو "معافى".[2]

– **التعريف اللغوي والاصطلاحي للصحة:**

✓ **التعريف اللغوي:**

قال شارح الناموس لسان العرب بأنه: قد وردت مصادر على وزن فعل بالضم، وفعلة بالكسر في ألفاظ هذا منها، وكالقل والقلة، والذل والذلة والصحاح: خلاف السقم وذهاب المرض، وقد صح فلان من علته واستصاح.[3]

في اللغة الفرنسية "santé" أصل هذه الكلمة من اللغة اللاتينية "saluto", "salutare"، وهي تعني البقاء سليما معافى، أي المحافظة على الجسم، وكذلك كلمة sanare، sono في اللغة اللاتينية تعني: جعله سليم الجسم، معالجته إرجاعه إلى جادة الصواب.[4]

إذن الصحة هنا؛ تعني:

- هي حالة الكائن الحي عندما تكون وظائفه كلها منتظمة ومتناسقة.
- حالة عمل الجسم.
- سلامة الجسم والعقل.

---

[1] **La santé et la maladie concepts, déterminants**- UNFPA tunisie, p01 www.unfpa-tunisie.org

[2] أنطوني غيدنز، **علم الاجتماع**، ترجمة فايز الصباغ، المنظمة العربية لترجمة، بيروت، لبنان، 2005 ص283.

[3] جمال الدين أبو الفضل بن مكرم، **لسان العرب، لابن منظور**، المجلد الرابع، ج28، دار المعارف، القاهرة مصر، 1981، ص 2041.

[4] Etymologie française latin Grec **Sonskert: etymologie latingrec**/home/s/santé-maladie-salut

أما في اللغة الانجليزية: Heath فأصلها من كلمة haelb التي تعني تمام العقل، كائن مكتمل، التمام أو الحسن، وفي أصول اللغة الألمانية والانجليزية halito أو kailo تعني: الكل، معافى، وتعني نفس الكلمة: الرفاهية السعادة والكمال والأمن عند الإنسان.[1]

وهنا يلاحظ دخول مفاهيم وأفكار أخرى في دائرة الصحة تتعدى العقل والجسم لتصل إلى السعادة والرفاهية والأمن، أي اكتمال الجوانب الروحية النفسية، الجسمية والعقلية مع بعضها لتجسيد الصحة.

✓ **التعريف الاصطلاحي:**

يعتبر التعريف، الذي قدمته منظمة الصحة العالمية، أكثر التعريفات حداثة لمفهوم الصحة، والذي أخذ به كل المشتغلين في مجالات الصحة العامة، والذي يشير إلى أن "الصحة هي حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، ويؤكد ذلك على أن الناحية الاجتماعية مكون أساسي في تعريف الصحة، ولا يمكن للعاملين في الصحة العامة أن يتمكنوا من تحقيق السلامة والكفاية للفرد أو الجماعة دون دراسة الأوجه الاجتماعية لحياة الإنسان والارتقاء بها كهدف أساسي، بجانب النواحي النفسية والبدنية. ويوضح لنا هذا التعريف أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض أو العاهة، وإن اكتمال صحة الإنسان تأتي عن طريق اكتمال النواحي البدنية النفسية وكذا الاجتماعية.

وورد في ديباجة منظمة الصحة العالمية تحديد الدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن والسلم والاستقرار، وذلك ضمن إطار يحوي مبدين أساسيين:

---

[1] www.kalicounseling.com/kailo-html

- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.
- إن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن والسلم محليا ودوليا.[1]

كما حدد إعلان "آلما آتا" الشهير في الاتحاد السوفياتي في عام 1978 باتفاق المجتمع الدولي تعريف للصحة بأنها لا تعني غياب المرض والوهن فحسب، بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية والذهنية والجسمية، يعتبر إعلان "آلما آتا" انطلاقة مهمة في سبيل النضال من أجل الصحة.

1-2 مفهوم المرض:

الجانب المقابل للصحة هو المرض، حيث يعرفه قاموس "ويلستر" باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة، وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي للمرض، الاحتياج للراحة.[2]

ويعرف "إقبال ابراهيم" المرض بأنه يحدث عند قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته، كما يحدث المرض إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفهما".[1]

---

[1] عبد المحي حسن الصالح، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي**، دار المعرفة الجامعية، مصر 2003، ص 17.

*آلما آتا: إعلان في المؤتمر العالمي الذي عقد في مدينة آلما آتا عاصمة كازاخستان إحدى الدول الاتحاد السوفياتي السابق في الفترة الواقعة بين 6-1978/09/12 حيث اجتمعت 134 دولة عضوا في منظمة الصحة العالمية، هذا الإعلان تم إشهاره بوثيقة هامة حول اعتماد الرعاية الصحية الأولية لأول مرة في التاريخ.

[2] خروبي بزارة عمر: **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1994-2009)- دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية الإخوة خليف**، الشلف، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر (3)، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلاقات الدولية، 2011، ص 14.

من خلال الطرح السابق، وفي ضوء مفهومي الصحة والمرض نستطيع عرض مستويات للصحة، تتدرج فيها هذه الأخيرة من المستوى المثالي حتى أدنى المستويات التي يقضي فيها المرض على صاحبه وهي على التوالي:[2]

- **المستوى الأول: الصحة المثالية**، وهي الحالة التي يكون فيها الفرد خال تماما من الأمراض الظاهرية والباطنية، ومتمتعا بكافة الجوانب الصحية والاجتماعية.
- **المستوى الثاني: الصحة الإيجابية النسبية**، حيث أن الفرد يستطيع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسدية بكفاءة عالية إلى حد كبير.
- **المستوى الثالث:** ولا يظهر بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض.
- **المستوى الرابع:** أن هناك ضمور ظاهر أي اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة، ولكن عند القيام بالتحليلات أو بالأشعة أو الفحوصات يكشف المريض أن هناك مرض ولكن غير ظاهر.
- **المستوى الخامس:** وهو ظهور أعراض مرضية يشعر بها الفرد أو ظهور علامات تتم عند إصابة الفرد بمرض معين.

1 – 3 تعريف السياسة الصحية:

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية

---

[1]سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي**، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004، ص 23.

[2]إقبال ابراهيم مخلوف، **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية**، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص49.

وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي، بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية[1]

هناك تعاريف أخرى منها:

"السياسة الصحية هي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية، أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية"[2]. أو هي مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات، والتي تشكل جزءا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية.[3] كما تعرف بأنها "الطريق الرسمي الذي يعبر عن خيارات الحكومة في مجال الصحة".[4]

بالاستناد إلى التعريفات السابقة للسياسة الصحية، وبغض النظر عن طريقة معالجتها يمكننا القول بأن السياسة الصحية هي: "العمليات والقرارات والبرامج التي تتخذها الدولة في المجال الصحي، والمجالات والنشاطات المرتبطة به، كالبيئة والوقاية والاستهلاك والشؤون الاجتماعية...الخ. كما تضمن معالجة المشاكل الصحية عن طريق الوقاية والعلاج والتربية الصحية السليمة للأفراد والجماعات، وتقديم الخدمات الصحية بصفة شاملة وعادلة.

2- أهمية السياسة الصحية:

---

[1] خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 16.

[2] حسيني محمد العيد، **السياسة الصحية في الجزائر – دراسة تحليليةمن منظور الاقتراب المؤسسي الحديث** مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية 2013-2012. ص ص48-49

[3] صلاح محمود ذياب، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص216.

[4] Magali barbeiry pierre centrelle **santé et population, lieu non identifié**, sans date, p 65.

تعمل السياسات الصحية على توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة كما تشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، وتحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها، فهذه الكيفية ليست تفصيلية، وإنما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطار عام له.[1]

وتبرز أهمية السياسات الصحية من خلال الأمور التالية:

- ✓ رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة، أو من قبل أعلى مستوى إداري في الحكومة الصحية، وبالتالي فإن عملية الاستجابة للسياسة الصحية تكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، وفي الغالب فإن سياسات التطعيم مثلا تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم الصحي، وبذلك فإن الاهتمام والالتزام بهذه السياسة يكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، ونستطيع القول أن الالتزام والاستجابة والاهتمام بالسياسة الصحية مرتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية.[2]
- ✓ وجود عدة طرق وأساليب لوضع السياسات الصحية، فتعدد طرق وأساليب وضع السياسات الصحية يعطي أهمية لهذه السياسات فأحيانا توضع هذه السياسات للاستجابة لمطالب الإدارة العليا، وبالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة وأحيانا بتحقيق أهداف محددة، ولذلك فإن أهمية السياسة تنبع من طبيعة الهدف الذي وضعت السياسة الصحية من أجل تحقيقه.

---

[1] صلا ح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 218.

[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار المسيرة للإعلان والنشر، عمان، 2008، ص 33.

- ✓ اختلاف القطاعات الصحية من دولة لأخرى، لكنها في الغالب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الصحية الأخرى حسب النظام الصحي المعتمد في تلك الدول، والمقصود هنا أن الذي يضع السياسات الصحية الخاصة في الدولة جزء أساسي من القطاع الصحي، وغالبا ما يرتكز في القطاع الصحي الحكومي ولا يمكن بأي حال من الأحوال انفراد القطاع الصحي الخاص أو الدولي أو التطوعي بوضع السياسات الصحية في ظل القطاع الرسمي الحكومي.[1]

3- أهداف السياسة الصحية:

كان لإعلان آلما –آتا في سنة 1978، الذي وقعت عليه دول منظمة الصحة العالمية، دور هام في تبني دول العالم الثالث سياسات صحية رسمت استراتيجية الصحة للجميع في سنة 2000، بحيث نجد أن المادة الأولى لهذا الإعلان تؤكد أن الصحة حق أساسي للكائن الإنساني والفروقات الموجودة بين الشعوب في ميدان الصحة يجب أن تلغى، واعتماد سياسات تلتزم بالمساواة في الوصول إلى العلاج مهما كان دخل الفرد، لذا نذكر بعض من هذه الأهداف وهي:

- ✓ الانتقال من منطق توفير التجهيزات نحو منطق توفير الخدمات كمرافقة كبار السن في منازلهم وترقية الجراحة في المراكز الصحية مما يعطي لصناع القرار مرونة أكبر على التحريك في المدى القصير، وسرعة الاستجابة للتحديات الصحية الناشئة، مما يزيد بنسبة الفعالية مقابل التكلفة.

---

[1] صلاح محمود ذياب: المرجع السابق، ص 209.

- ✓ انتهاج سياسة صحية خاصة بالخدمات تسمح بتنظيم حركة المرضى من خلال مسار علاجي انطلاقا من طبيب، سواء كان الطبيب المعالج أو طبيب العائلة، أي إعطاء الأطباء في القاعدة دور أساسي في توجيه المرضى.
- ✓ إعادة النظر في الخريطة الصحية أي الانتقال من التقسيم الإداري إلى تقسيم الدولة إلى أقاليم صحية تتميز بانسجام بين السكان فيما يخص نمط العيش ونوعية المهن والبيئة المحيطة.
- ✓ تمكين الأقاليم الصحية من هياكل بيوت الصحة الجوارية أين يجد المريض العلاج الأولي والتوجيه المناسب في المناطق التي تتميز بعرض ضعيف للخدمات العلاجية، وهذا لا يعني أن تصبح الهياكل مجرد بوابة إلى المستشفى وإنما مكان له وسائله وأهدافه الخاصة.
- ✓ أن يتم تقديم خدمات ذات نوعية للمرضى، ولا يجب الاتكال فقط على مؤهلات مهنية للصحة وإنما مراقبتهم وتقييم أداءهم، وهناك استراتيجية تكميلية تتمثل في إشراك مستعملي الهياكل الصحية في المراقبة الشاملة وفي عمليات اتخاذ القرار في إطار مجالس الإدارة أو مجالس المراقبة.[1]

4- المقومات الأساسية للسياسة الصحية:

مهما يكن الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية، فإن السياسة الصحية الوطنية لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على مقومات أساسية يمكن حصرها فيما يلي:

- **الالتزام السياسي:** إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة، وترجمتها إلى حقيقة

---

[1] أرنولد هايد نهايمر وآخرون، **السياسات العامة المقارنة، سياسة الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان**، ترجمة أمل الشرقي، الأهلية للنشر والتوزيع، الأردن، 1999، ص 114.

واقعية، أي أنه قبل وضع السياسة لابد من اتخاذ قرارات قاطعة تلتزم جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة.[1]

- **الاعتبارات الاجتماعية:** السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين، وبصورة أوضح فإن السياسة الصحية لابد أن ترمي إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء، يعني ذلك تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمس الحاجة لها.
- **مشاركة المجتمع:** لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الافراد والأسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها، وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورة اجتماعية واقتصادية.[2]
- **الإصلاح الإداري:** لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطعات وليس القطاع الصحي فقط، بل وتبادر للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى، كالتعليم والزراعة والغذاء وموارده المالية وحماية البيئة، ولتحقيق ذلك لابد من إعادة النظر في الأمور والنظم

---

[1] زروالية رضا، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري**، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011، ص 70

[2] زروالية رضا، المرجع السابق، ص 71.

الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المحلية.[1]

- **تخصيص الموارد المالية:** عند وضع السياسات الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لأقصى حد. ولابد أن يؤخذ في عين الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية إلى زيادة مطردة في تكلفة الخدمة والناتج وارتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية.
- **سن التشريعات:** يجب سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي، ومن المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها، كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري، عن طريق وسائل الإعلام.
- **إعداد خطة العمل:** ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية الوطنية إلى برامج وخطة محددة، كما يجب تجديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كميا قدر الإمكان كما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزماني وتقديم الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج، ولاشك أن تنفيذ خطة العمل عملية طويلة الأمد وقد يكون من الصعب أن يحدد لها مسبقا جداول زمنية تقريبية.[2]

---

[1] المرجع نفسه، ص 71.

[2] زروالية رضا، المرجع السابق ، ص 72.

المبحث الثاني: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر

1- المرحلة الأولى: السياسة الصحية في الجزائر من 1962 إلى 1989.

1-1- المرحلة التي تمتد من 1962 إلى 1969

لقد شهدت الجزائر منذ الاستقلال منظومة صحية متردية ورثتها عن الاستعمار الفرنسي، تمثلت في هياكل صحية مدمرة وضعيفة ومتهالكة، وشعبا يتخبط في الفقر والجوع والجهل، وأوضاعا صحية متردية من انتشار للأوبئة والأمراض المعدية وانعدام للتغطية الصحية في أنحاء الوطن.

هذا الأمر وضع السياسيين أمام أمر صعب وجب تخطيه، مع الأخذ في الحسبان الاحتياجات الضخمة، لاتخاذ تدابير واضحة لرسم سياسة صحية ضخمة شاملة لمواجهة الوضع السيء للصحة في الجزائر.

حيث عمدت الجزائر على التركيز لرسم سياسة وطنية بإبعاد سريعة الفعالية للقضاء على الأمراض الوبائية، ومكافحة ظاهرة الوفيات عند الأطفال وكذلك العمل على تكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية وتعميم العلاج الوبائي، كالتلقيح والاهتمام المكثف بالأمومة ورعايتها والنظافة المدرسية ونظافة الوسط.

ومن بين الأولويات الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر في هذه المرحلة، نذكر ما يلي:

- ✓ القيام بإعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار والمتواجدة خاصة في الشمال والمدن الكبرى.[1]
- ✓ التحفيز والتكوين في المجال الصحي للأطباء والأعوان الطبيين وكذلك الاستعانة بالكفاءات الأجنبية.

---

[1] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية**، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 135.

- ✓ وضع برنامج صحي وطني شامل لمكافحة الأمراض الوبائية والمتنقلة، والقيام بالحملات التلقيحية للأطفال وتوسيعها في الأرياف والمناطق النائية عن طريق الفرق المتنقلة للأفراد والوقاية الصحية، وكذلك توسيع النشرات الإعلامية التحسيسية والتوعوية واحترام معايير النظافة.
- ✓ التوزيع العقلاني للأطباء، وتحقيق تغطية صحية كاملة وشاملة عبر التراب الوطني من حيث الجوانب البشرية خصوصا المناطق الجنوبية والنائية، إن تركيز الدولة الجزائرية على وضع سياسة صحية ناجحة ترجم سنة 1964 عند بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومي، وهذا بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 110/64 المؤرخ في 1964/04/10.
- ✓ إنشاء وزارة الصحة سنة 1965 للقضاء على كل المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أداء وظائفها، ولإعطاء دفع للتنمية السياسية الصحية في الجزائر.
- ✓ وضع البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل والملاريا سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة العالمية، وصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة سنة 1966.
- ✓ جعل الأوضاع تتحسن شيئا فشيئا، وذلك من خلال دفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي، وكذلك توسيع بناء الهياكل القاعدية مثل قاعات العلاج وتوسيع بنائها في كل ربوع الوطن، وهذا للوقاية وتقديم العلاجات اللازمة.
- ✓ صدور المرسوم الرئاسي رقم 96/69 المؤرخ في 9 جويلية 1969 والقاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها، حيث كانت خطوة إيجابية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية.

- ✓ وقد تم في نفس السنة إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية للمستشفيات، والتي كانت مهمتها استيراد وإنتاج الأدوية وتوزيعها.[1]

1-2- المرحلة التي تمتد من 1969إلى 1979:

لقد كان لبناء الهياكل القاعدية وإنشاء قاعات العلاج خصوصا بين سنتي 1969 و1979 دفعا جديدا، وهذا عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية، وهذا لتحسين ظروف العلاج والوقاية والمحافظة على صحة المواطنين. وكذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

حيث أن نسبة 37% من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب، كما أن نسبة 23% لهم قنوات تصريف المياه القذرة، وأخذنا بعين الاعتبار هذين العنصرين ندرك مباشرة النتائج التي تترتب عنهما خاصة انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، وهو الشيء الذي كان سائدا في تلك المرحلة.

أمام هذه الأرقام المخيفة والخطيرة لم تقف الدولة موقف المتفرج، بل أخذت مقاييس من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن، والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني بالأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة، أو في إطار الطب المدرسين. إن إلزامية التلقيحات ومجانيتها تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض السل، من خلال إنشاء المراكز الخاصة بمكافحة مرض السل ليصبح علاجه مجاني، ونفس الشيء بالنسبة لمرض

---

[1]نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 139.

الشلل، وسوء التغذية، كما تم كذلك اللجوء إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة.[1]

إن هذه المرحلة التاريخية شهدت بداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G وكذلك التلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا بداية بالمناطق الوبائية، وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية OMC، كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد، والإعلان عنه إجباريا، بالإضافة إلى برامج الحماية من الحوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية الطبية والشبه طبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة، وغيابها تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في إعطاء فعالية أكثر لقطاع الصحة وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في الوطن، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني، وانطلاقا من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية تستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، وزيادة عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي.

---

[1] قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فيفري سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405هـ، ص 182.

وبموجب القرار السياسي الهام الخاص بالطب المجاني في جميع القطاعات الصحية، وبالموازاة مع توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه كما تبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك في يناير 1974م، والذي تم بموجبه توحيد هياكل التعاضديات الفلاحية الى مصالح الصحة، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطها.[1]

وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني سنة 1976 على حق المواطنين في الطب المجاني، حيث أن 'كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي.

ولتجسيد هذه الأهداف أوصى المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني، سنة 1979م، اتخاذ كل الإجراءات التي من شأنها تحسين الحالة الصحية في الوطن، وهذا بوضع برنامج متكامل، يؤدي بالضرورة إلى تجنيد كافة الطاقات البشرية والمالية والتنظيمية.

1-3- المرحلة التي تمتد من 1980 إلى 1989:

شهدت بداية سنة 1980 بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن، والتي سادت في تغطي صحي في الكثير من المناطق النائية، ولقد تميزت السياسة الصحية في الجزائر خلال هذه الفترة باللامركزية حقيقية للعلاج وإيصال واسع لعلاج المواطن، وهذا لتدعيم القطاع الصحي في كل من الدوائر والبلديات والولايات والوقاية من الأمراض بالمناطق الريفية مع

[1] محمد العيد حسيني، مرجع سابق، ص 114.

التكفل بحق الاستشفاء. فقد كانت الجزائر تطمح، من خلال المركزية، لإنشاء كل شيء بنفسها والتفكير في كل شيء وتنظيمه بمفردها، إلا أن النتائج في الأخير لم تكن بقدر الطموحات المصرح بها من خلال سياسات الاستثمار والمخططات التي كانت حكرا على الدولة، على مستوى جميع نشاطات الإنتاج والاستيراد، مما أدى إلى إقصاء الفاعلين الخواص كمنتجين في الصحة وخاصة كحائزين لوسائل الإنتاج، وهذا ما أدى إلى نهاية أي منافس، وأيضا أي ديناميكية اقتصادية.

غير أن هذه الفترة ظهرت فيها ثمار الاهتمام بالسياسة الصحية في الجزائر، فظهر تدرج واضح وتطور في مجال التكوين الطبي والشبه طبي وهذا ما يعطي دفعا كبيرا في تحسين الخدمات الطبية بدرجة كبيرة.[1]

بحيث ظهرت في هذه الفترة جملة من القوانين والمراسيم:

- ✓ قانون رقم 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية من صناديق الضمان الاجتماعي، واقتطاع مبلغ جزافي دون تحديد احتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة والمادة 65 منه تنص على أن مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية تحدد بمرسوم حسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنين اجتماعيا.
- ✓ إصدار القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها رقم 58-05 المؤرخ في فيفري 1985.[1] ففي المادة 52 من القانون 85-05

---

[1] حسينة /ال، **تطور المنظومة منذ الاستقلال**، جريدة المساء، يوم 2012/07/05، متحصل عليه من الموقع: http://www.el-massa.com

المتعلق بحماية الصحة وترقيتها تؤكد على البعد الوقائي، الأمر الذي يجعل أهمية الوقاية الصحية أحد أهم مقومات منظومة الصحة، بحيث تحرص الجماعات المحلية ممثل بالولاة ومسؤولي الهيئات العمومية والمصالح الصحية ورؤساء المجالس الشعبية البلدية على التكفل في الوقت المناسب، باتخاذهم التدابير التي تحول دون انتشار الأوبئة والقضاء عليها.

- ✓ المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية.[2]
- ✓ إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11، المؤرخ في 7 فيفري 1989، الذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، ويحدد مهامها وإدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية، عبر التكوين الموجه للموظفين المسيرين والممارسين في مؤسسات وهياكل الصحة، وهي من المؤسسات التي تتكفل بتكوين الأطباء والممرضين والإداريين، فيما يخص البرامج الصحية التي تضعها ويتوسط البعد الوقائي والعلاجي فكرة الأمن الصحي أي الوقاية من الأخطار والتكفل بالعلاج في حالة الإصابة.

---

[1]القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى لأولى 405هـ، الموافق لـ1985/02/16م، المتعلق بحماة الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد8، الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405هـ، الموافق لـ 17 فيفري 1985م، ص 122.

[2]المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 02 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 1986/02/11م، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية لجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصدرة بتاريخ 03 جمادى الثانية 1406هظن الموافق لـ12 فيفري 1986م، ص 115.

ويعرف الأمن الصحي بأنه أمن الأشخاص من الأخطار المرضية كل أنواعها بالأخطار المرتبطة باختيار العلاج.

فالعمل الوقائي التشخيص والعلاج عن طريق الاستغلال الحسن لها لأن تدخلات وقرارات السلطات الصحية تهدف إلى تحقيق الأخطار الوبائية والحوادث المرتبطة بالعلاج والتشخيص كحل وقائي، فالأمن الصحي يجعل العمل الوقائي ضروري لأنه حتى في حالات العلاج قد تصادف أخطاء.

فالبعد الوقائي في الحماية الصحية قد وجد مكانته في هذه المنظومة خصوصا بعد إصدار قانون 88-08، المتعلق بنشاطات الطب البيطري وحماية الصحة الحيوانية، وكذا القانون رقم 8717 المتعلق بحماية الصحة النباتية، وهو تدعيم لليقظة ومراقبة الأمن الصحي للمنتجات الموجهة للإنسان وتعد هذه الأحكام والقوانين تجسيدا فعليا لما جاءت به المنظومة الصحية في مجال حماية الصحة العمومية، خاصة في ظل انتشار الإنتاج الضخم والتوزيع الواسع النطاق للسلع، الذي جعل دائرة الأضرار تشمل إقليما بكامله، حيث أصبحت الوقاية برنامج عمل نظرا للعلاقة الموجودة بين البيئة والصحة.

ولقد كرس القانون رقم 85-05، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بالحقوق والواجبات المتعلقة بالصحة، وترقيتها وأبدى اهتماما واسعا للرعاية الجسمية والنفسية للمواطن، واعتبر عاملا أساسيا للتنمية الصحية، وتنفيذا لسياسة صحية ناجحة في الجزائر.

وفي هذه المرحلة، كان للعلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية للدولة وصناديق التأمينات الاجتماعية نتائج غير موضوعية تتمثل في اختلال التوازن بين العرض والطلب ومن ثمة عجز في تغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين وعدم فعالية تقديم الخدمات الصحية.[1]

---

[1] نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 148.

2- السياسة الصحية في الجزائر من 1989 إلى 2002

2-1- المرحلة التي تمتد من سنة 1989 إلى سنة 1994:

لقد شهدت هذه الفترة تحولا جذريا في الجزائر، فمن نظام الحزب الواحد إلى التعددية الحزبية والسياسية والانفتاح على اقتصاد السوق، وهذا بعد تعديل الدستور سنة 1989، إن هذا التحول العميق في السياسة الجزائرية إضافة للنمو الديمغرافي الذي شهده المجتمع الجزائري وتغير المعطيات الصحية، جعل صانعي السياسة الصحية في الجزائر تسعى إلى الإلمام بكل هذه الجوانب لإنجاح هذه السياسة.

ويتمثل ذلك في المعرفة الدقيقة لأغلب المعطيات التي تخص الأمراض والأوبئة المنتشرة والنمو الديموغرافي المتزايد، وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي ميزت هذه المرحلة بوضع سياسة صحية، تتناسب والمعطيات والظروف التي تسود البلد.

إن توسع النشاط في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية واحترام المبادئ المعروضة فيها الأهداف العامة، المتعلقة بالحق في الصحة انطلاقا من المبادئ الدستورية والعمل على تفعيلها في النص القانوني والتي يحرص المجلس الدستوري على احترامها على مستوى الإجراءات العملية. فمبدأ الحق في الصحة، من خلال الإجراءات المتعلقة بالوقاية والأمن وظروف العمل والقواعد المتعلقة بالراحة والعطل ونظام العمل والمدة القصوى للعمل.

كما يطرح في الوقت نفسه، قضية تمويل المصاريف الصحية، ومنه نظام الضمان الاجتماعي الذي يستهدف قانون الخدمات الصحية، الذي هو حق دستوري ومكفول قانونا. فالحق في حماية الصحة يفترض الحصول على العلاج، فبدون الحق في الضمان الاجتماعي فإن مبدأ الحق في الصحة محكوم عليه بالفشل وعدم الفاعلية على الأقل في بعده العلاجي.

كما اجتهدت الدولة في المحافظة على المكتسبات السابقة، في برامجها الصحية، في مواجهة الأوبئة بشكل واسع بين أفراد الشعب، والتكفل بالفئات الضعيفة كالأم والطفل، حيث ترجمت بعدة قوانين وبرامج منها:

- القانون رقم 90-17 المعدل للقانون رقم 85-05 الخاص بترقية الخاص الصحة وحمايتها، فقد عالج المسؤولية الطبية التي تثار إذا اتضح مثلا، عن إهمال ولامبالاة ودون اتباع الأصول والمعارف الطبية المتعارف عليها.
- الأخطاء الطبية في إطار تأسيس عقد طبي ونظام صحي فعال يسمح للمريض بتنفيذ القوانين خاصة مساهمة القضاء في تنفيذ الأوجه المتعددة للحق في الصحة.
- كما عالج المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب الذي أسس العلاقة بين الطبيب والمريض، ضمان العلاج والاستمرارية، وعدم التمييز بين العلاج والوقاية من المرض الحق في الإعلام والشفافية في العلاج.
- فعندما يشخص المرض يقوم الطبيب بوصف العلاج للمريض وعادة ما يقدم الطبيب وصفة للمريض تحتوي على عدة بيانات واضحة، ويجب أن تكون الأدوية المقدمة معتمدة من وزارة الصحة.[1]
- وضع برنامج للقضاء على شلل الأطفال سنة 1993 تطبيقا لقرار المجلس العالمي للصحة.
- بناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد.

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم 1413هـ، الموافق لـ 06 يوليو 1992م، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب، الجريدة الرسمية، العدد 52، الصدرة بتاريخ 07 محرم 1413 هـ، الموافق لـ 8 يوليو 1992م، ص 160.

- تكوين مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين وإداريين.

المنشور الوزاري سنة 1995 المتعلق بمساهمة المريض في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي، بالإضافة إلى الإشارة إلى قانون المالية لسنة 1993 والذي أقر صراحة بأنه من بداية سنة 1993 ستتولى الدولة التكفل بالوقاية وعلاج المعوزين، ما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية، وهيئات الضمان الاجتماعي.[1]

إن الخدمات الصحية؛ تعد ذات تكلفة عالية، لذلك توجب على صانعي السياسة الصحية حسابها بدقة دون الإخلال بمبدأ العدالة والمساواة وحق المواطن في الرعاية الصحية، حيث ألزمها إيجاد برامج صحية فعالة من بنية الهياكل الصحية وأجهزتها ومعداتها التقنية، إلى المسارات العلاجية التي تختلف باختلاف الأمراض من متنقلة إلى غير متنقلة، وكذلك تطوير المناهج التكوينية للأطباء والشبه طبيين، وتحديث نظم التسيير وطرق التمويل.

ولتحقيق نظام صحي متكامل ومتجانس وسياسة صحية ناجعة وفعالة التجأت الدولة للقيام بإجراءات قانونية وإدارية، من أهمها:

- إجراء التحقيق الوطني حول الصحة سنة 1991 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، للوقوف على الوضعية الوبائية للسكان باعتماد نظام المعلومات الصحية، والذي هو عبارة عن آلية لجمع وتحليل ونشر المعلومات اللازمة لتنظيم وعمل المصالح الصحية والضرورية في ميدان البحث والتكوين.
- إجراء تحقيق حول صحة الأم والطفل تحت إشراف وزارة الصحة والسكان، والديوان الوطني للإحصاء وجامعة الدول العربية

---

[1] العلواني عديلة، **تفعيل نمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري**، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 41.

في إطار المشروع العربي لترقية الطفولة، حتى يتسنى للسطات العمومية الوقوف على واقع صحة الأم والطفل باعتبار أن الطفل هو رجل المستقبل والأم هي الحاضنة لهذا المخلوق الضعيف.

- الشروع في إعادة النظر في طرق التمويل الصحي من خلال نظام التعاقد "CONTRACTUALISATION"، حيث تضاعفت النفقات الصحية مع النمو السكاني والديمغرافي المتزايد، مما حتم على الدولة ترشيد النفقات، للوفاء بالمتطلبات الخاصة بالعلاج والوقاية لكافة فئات المجتمع.

وكان النهج التعاقدي "CONTRACTUALISATION" محورا للبرنامج الحكومي تبعا للمجلس الوزاري في 21 مارس 1995، استنادا لقانون المالية لسنة 1993 والقاضي بأن الدولة تتكفل بالوقاية والتكوين والبحث وعلاج الفئات المحرومة وغير المؤمنة، ونص على الإجراءات الإدارية والمعتمدة من تسجيل الأدوية، التي يأخذها المريض بكل التفاصيل من دخوله المستشفى ليوم خروجه، وبينت بنود التعاقد هذه الفئات التي تتكفل بها للضمان الاجتماعي بدفع مصاريف العلاج والإقامة، والباقي يتحمل مصاريف العلاج على عاتقه غير أنه توجد صعوبة كبيرة في تنفيذ هذا المشروع للعراقيل البيروقراطية التي تحيل دون تطبيقه وتنفيذه.

2-2- المرحلة التي تمتد من سنة 1994 إلى سنة 1997:

وفي ظل تفاقم المشكلات الصحية وتعقدها مع ازدياد الظروف الاجتماعية والاقتصادية، قامت السلطات الجزائرية بإنشاء جملة من المؤسسات المتخصصة للتكفل بالمشاكل الصحية للمواطنين، من أهمها:

- المرسوم التنفيذي رقم 94-74 المؤرخ في 30 مارس 1994 الذي تم بموجبه تحويل معهد باستور إلى مؤسسة عمومية، ذات طابع تجاري وصناعي.

- إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، بالمرسوم التنفيذي 94-293 المؤرخ في 25 سبتمبر 1994، والذي يعطي لها صفة مؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي، وتتكفل في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية بمهمة التموين والتوزيع للمواد الصيدلانية وشبه الصيدلانية، والأدوات الجراحية للهياكل الصحية العمومية، صناعة المستحضرات الصيدلانية والتكفل بكل أنواع التكوين ذو الصلة بهذا النشاط.

- إنشاء الوكالة الوطنية لترقية البحث العلمي في الصحة بموجب المرسوم التنفيذي 95-40 المؤرخ في 28 جانفي 1995 هذه المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري، تكون تحت الوصاية المزدوجة لوزارة الصحة والسكان ووزارة التكوين العالي والبحث العلمي.

- إنشاء الوكالة الوطنية للدم ذات الطابع الإداري، وتتكفل حسب المرسوم التنفيذي رقم 95-108 المؤرخ في 09 أفريل 1995 بمهمة تنظيم عمليات حقن الدم، ووضع قواعد الممارسة الصحية الجيدة لنشاط حقن الدم والمعايير الخاصة بمراقبة الدم ومشتقاته بعد الانتشار الرهيب لمرض فقدان المناعة المكتسبة وأمراض أخرى كالتهاب الكبد الفيروسي، والتي من أسبابها الرئيسية فوضى حقن الدم ومراقبتها وتوفير الوسائل والإمكانيات اللازمة لمراقبتها.[1]

- إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي، بموجب المرسوم التنفيذي 14 أكتوبر 1995، والتي تتكفل بمهمة وضع في متناول المهنيين والهياكل الصحية كل وثيقة وكاتب أو الوسائل التعليمية

[1]نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 151.

الضرورية لتكوينهم وإعلامهم، بعد معاناة هؤلاء من ندرة وشح المعلومات، وعدم دقتها وحداثتها.

- إجراء التحقيقات ذات المؤشرات المتعددة حول الوفيات عند الأطفال، والذي أوصت به منظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة "Unicef"، والذي نظمته مديرية الوقاية لوزارة الصحة والسكان للوقوف على التطورات الحاصلة بالنسبة للإعلان والمخطط المعتمد والمسطر للعمل، وذلك في الصحة العالمية للطفولة والتي انعقدت في نيويورك سنة 1990.

- إنشاء المعهد الوطني للبيداغوجيا والتكوين الشبه الطبي بموجب المرسوم التنفيذي 96-148 المؤرخ في 27 أفريل 1996 وهي مؤسسو ذات طابع إداري.

- تعديل المادة 65 من القانون رقم 83-11 والأمر رقم 96-17 والمؤرخ في 17 جويلية 1996 والمتضمن في محتواه: "إن مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية، يتم التكفل بها بناء على الاتفاقيات المبرمة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي ومؤسسات الصحة المعنية".

- تتم تحويلات الصندوق للمؤسسات الصحية العمومية على أساس جزافي.

2-3- المرحلة التي تمتد من سنة 1997 إلى سنة 2000:

المرسوم التنفيذي رقم 97-457 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، يحدد الإطار القانوني للمراكز الاستشفائية الجامعية، التي أصبحت تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان والوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي. كما عرفت هذه المرحلة تطور في عدد الهياكل القاعدية

وكذلك في عدد المستخدمين، إما بشأن التغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1997 فنلاحظ ما يلي:

- سريرين (02) لكل 1000 نسمة.
- عيادة لكل 7024 نسمة.
- مركز صحي لكل 288559 نسمة.
- قاعة علاج لكل 943 نسمة.

أما في سنة 1998 فكانت النسب التالية:

- سريرين (02) لكل 1000 نسمة.
- عيادة لكل 60731 نسمة
- مركز صحي لكل 25454 نسمة.
- قاعة علاج لكل 6667 نسمة.

وللتذكير فإن من بين 4862 سريرا والخاصة بعيادات الولاة نجد أن 654 سريرا غير مشغلة، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات فنجد من بين 482 عيادة 06 عيادات غير مشغلة،[1] ونجد من جهة أخرى عدد 610 قاعة علاج من بين 43790 قاعة غير مشغلة أي نسبة 13% من هذه الهياكل.

ويعود هذا لأسباب أمنية عرفتها البلاد في هذه الفترة في العشرية السوداء أما المؤشرات الصحية فقد عرفت بعض التحسن الملحوظ غير أنه بطيء بعض الشيء، وغير كاف، وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت أن بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي العمومي في الجزائر والمقدرة بـت 9.1 %من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية خصوصا فيما يتعلق بوفيات الأطفال

[1]نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 154.

والسبب في ذلك يعود لعدم وجود سياسة صحية بعيدة المدى وناجعة، وكذلك لسوء توزيع الأطباء الأخصائيين والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية.[1]

كما أن الأموال المخصصة والتقنيات المكلفة لا تحقق الأهداف والنتائج وحدها، ومن بين المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة العالمية للصحة، وحسب الجزائر فهي 35.8 من الألف.

إن تشخيص الداء يعد بعدا أساسيا في عملية التقويم هذه، ومن هنا توجب دراسة المشكلات الآتية:

- مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته، أي مكونات النظام وتعتبرها مشكلات داخلية.
- مشكلات تخص البيئة التي يعيش فيها النظام، وتتمثل في مختلف العلاقات سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة مع مكونات المحيط.
- مشكلات تخص رسم السياسة الصحية وتحديد الأهداف والاستراتيجيات بعيدة المدى بغض النظر عن تغيير البرامج السياسية والحكومية.
- إن المشكلات الداخلية تتمثل في عدم وجود ارتباط بين الإطارات الفنية أو التقنية في السلك الطبي والشبه طبي والطاقم الإداري من خلال ضعف تسيير المراكز الصحية الأمر الذي أثر على عدم قيام المنظومة الصحية نتيجة عدم التنسيق بين مختلف المهام للأجزاء المكونة لكل عنصر من عناصر النظام، وبالتالي انعكس سلبا على مردود القطاع الصحي.

ويمكن القول، أن هناك ظاهرة وهي غياب الوعي المهني لهذه الفئة والذي أثر على مردود القطاع حيث يتصف الطاقم الإداري بالضعف في

---

[1] République Algérienne Démocratique et Populaire, ministère de la santé, direction de la planification, statistique, sanitaire, septembre 1997, pp 6-11.

التسيير الإداري، وذلك لعدم وجود تكوين متخصص في تسيير الوحدات الصحية، بالرغم من البرامج التكوينية التي بادرت بها المدرسة الوطنية للصحة العمومية، كدورات التكوين المتواصل في الإدارة العامة، وإدارة الموارد البشرية وتسيير المصالح الاقتصادية والتي توجه إلى إطارات المؤسسات الصحية إضافة إلى انطلاقة تكوين ما بعد التدرج المتخصص في إدارة الأعمال للمنظمات الصحية بحيث تخرجت الدفعة الأولى سنة 1999.[1]

إن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العام في الجزائر لا تتعلق بالدفع المالي، بل هي أعمق من ذلك، حيث أنها تتعلق بالتنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها، أي مختلف العلاقات بين مكونات المحيط العام، فالإصلاح يجب أولا أن يشمل الجوانب التنظيمية، التي تعطي أكثر فعالية للنظام الصحي لتحسين مردودية الخدمات المقدمة، اعتمادا على الجانب البشري أكثر من اعتمادها على توفير قوى بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها، أو لا تعمل بكامل طاقتها.

ومن هذا الجانب، جاءت الجلسات الوطنية التي انعقدت في 26-27-28 ماي 1998 بقصر الأمم بالجزائر العاصمة، والتي فيها وضع ميثاق الصحة كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد.

ويهدف هذا الميثاق إلى تجديد المبادئ الرئيسية والأولويات، التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي، كل هذا مدعما بإطار ملائم في مجال التكوين والإعلام والاتصال. إن الاستفادة من مجانية العلاج والعدالة الاجتماعية، والإنصاف والتضامن الاجتماعي، يشكلون المبادئ الأساسية في رسم السياسة الصحية الوطنية، وتحديد الاستراتيجيات

---

[1] الجريدة الرسمية، المرسوم التنفيذي رقم 69-9 المؤرخ في 14 شوال 1416هـ، الموافق لـ 03 مارس 1996، المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتحديد معلوماتهم.

بعيدة المدى، فحماية الصحة وترقيتها يتطلب تنفيذ استراتيجيات وسياسات ملائمة للوسط، وحماية المحيط، وتحسين التغذية وكذلك القيام بنشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى، بما فيها الفئات الوسطى.[1]

كما أكد ميثاق الصحة على إعطاء الأولوية للصحة في برامج عمل الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية، وهذا بدمج كافة المتدخلين بصفة متناسقة ومنسجمة كالقطاع العمومي والشبه عمومي والقطاع الخص. كما تتطلب مراجعة المصالح الصحية للإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ الاستراتيجيات، وإعادة الاعتبار للمورد البشري، وإزالة الفوارق الجهوية، وذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة، والتي تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة، ومهمة المجلس تتمحور خصوصا في ضمان وبصورة عقلانية وناجعة حماية وترقية صحة المواطن.

المنطقة الصحية للوسط: وتشمل الولايات التالية: الجزائر، البليدة بومرداس تيبازة، تيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، برج بوعريريج، عين الدفلة.

المنطقة الصحية للشرق: وتضم الولايات التالية: قسنطينة، قالمة، عنابة سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميلة، سوق أهراس، أم البواقي، سطيف جيجل، باتنة، المسيلة.

المنطقة الصحية للغرب: وتضم الولايات التالية: وهران، غيليزان، معسكر عين تموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، عيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت الشلف.

المنطقة الصحية الخاصة بالجنوب الشرقي: وتضم الولايات التالية: ورقلة غرداية، إيليزي، تمنراست، الوادي، الأغواط.

المنطقة الصحية الخاصة بالجنوب الغربي: وتضم الولايات التالية: بشار تندوف، أدرار، النعامة، البيض.[1]

---

[1]الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998، ص 18.

ومن هنا نطرح مشكلات تخص رسم السياسة الصحية، وتحديد الاستراتيجيات البعيدة المدى، بغض النظر عن تغير البرامج السياسية للحكومات المتباينة.[2] حيث أن الاستفادة من مجانية العلاج، والعدالة الاجتماعية، والإنصاف والتضامن الاجتماعي يشكلون المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان.

إن مدلول العمل الطبي من الأمور العسيرة والصعبة، فضلا عن صعوبة الوصول إلى ما يثيره علم الطب من غموض، فما أيسر أن يستخدم كل منا كلمة عمل طبي، دون أن يكون في مقدوره أن يحدد معنى واضح له، لذلك فلا غرابة أن يظل مدلول العمل الطبي غامضا حتى الآن، حيث أن الطبيب لا يقوم لا بمتابعة العمل الطبي أو الجراحي، ويتقاضى مقابل ذلك راتبا شهريا حتى ولو كانت نتيجة ذلك الوفاة أو عدم شفاء المريض بل أن أحدا لم يجرؤ بمساءلة طبيب أو حتى تعويض الأضرار، بل أكثر من ذلك أن الطبيب هو الشخص الوحيد الذي يستطيع أن يرتكب جريمة القتل دون أن يتعرض لأي عقاب، وكثيرا ما كان ينسب الخطأ إلى المريض الميت نفسه.

إن أساس إباحة العمل الطبي كما تنص عليه المادة 197 من قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها: "تتوقف ممارسة مهنة الطبيب والصيدلي وجراح الأسنان على رخص يسلمها الوزير المكلف بالصحة بناء على الشروط التالية:

- أن يكون طالب هذه الرخصة حائزا حسب الحالة، على إحدى الشهادات الجزائرية، دكتور في الطب، أو جراح أسنان أو صيدلي، أو شهادة أجنبية معترف بمعادلتها..".

---

[1] ج ج د ش، الجريدة الرسمية العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 يوليو 1997م، ص 14.

[2] نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 162.

وتنص المادة 02 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب، على ما يلي: "تفرض أحكام هذه المدونة لأخلاقيات الطب، على كل طبيب، أو جراح أسنان، أو صيدلي، أو طالب في الطب أو في جراحة الأسنان أو في الصيدلة، مرخص له بممارسة المهنة وفق الشروط المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما.".

ومن هنا نلاحظ أن إباحة العمل الطبي والجراحي يكمن من خلال الترخيص القانوني الذي يسلم من طرف وزير الصحة، ولكن ما المقصود بالعمل الطبي؟

تعرف منظمة الصحة العالمية OMC العمل الطبي بأنه: "هو كل ما يحقق راحة وسعادة الإنسان لأسباب تتعلق بالجوانب النفسية أو العقلية أو البدنية أو الاجتماعية".

إن رسالة الطبيب تكمن، كما نصت المادة 7 من مدونة أخلاقيات الطب تتمثل في الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعاناة ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الإنسانية دون تمييز.[1]

وتجدر الإشارة إلى أنه يوجد بالجزائر اثني عشر (12) مجلسا جهويا لأخلاقيات الطب، ومهمتها تتمثل في التحقيق بالشكاوى المتعلقة بالأخطاء الطبية، وبالسلوكيات المنافية لمهنة الطب وأخلاقياتها. ويمكن القول أن المنظومة الصحية، تدعمت بالمجلس الوطني لأخلاقيات المهنة، ومنها الحفاظ على صحة المجتمع.

ولتجسيد المبادئ الأخلاقية للطب، توجب توفر موارد كافية ومتوفرة وفي هذا الإطار فإن تمويل الصحة لا يزال يشكل انشغالا كبيرا للدولة وعلى هذا

---

[1]نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 164.

الأساس لابد أن يرتكز على التضامن الوطني قصد ضمان العلاج لجميع فئات المجتمع.

إن التمويل في هذه المرحلة يجب أن يعطي الأولوية للوقاية والعلاج القاعدي والتخطيط والتربية الصحية، ويكون هذا التمويل يتماشى والتطور الموجود في المجالين الاقتصادي والاجتماعي، ومما سبق ذكره أن الدولة الجزائرية وصلت إلى حد ليست قادرة على تجاوزه بخصوص تمويل القطاع الصحي، فقد اقترح في ميثاق الصحة بعض مصادر التمويل، يمكن إيجازها فيما يلي:

- تدعيم نظام التغطية الاجتماعية، وتعميم النظم التعاقدية والاتفاقيات في العلاقات بين الممول والهياكل الصحية.
- الإبقاء على مساهمة الدولة للحفاظ على التضامن الوطني والانسجام الاجتماعي من جهة، واستمرارية صلاحياتها كسلطة عمومية في مجال التخطيط والتنظيم من جهة أخرى.
- البحث عن مصادر بديلة لتمويل نفقات الصحة بتحديد إقامة آليات من شأنها السماح بمساهمة:
  - ✓ التأمينات الاقتصادية.
  - ✓ التعاضديات والتأمينات التكميلية القائمة على الاشتراكات الإدارية.[1]
  - ✓ تحديد وإقامة وسائل التقييم للتحكم في تكاليف الصحة.
  - ✓ وضع استراتيجية حكيمة لتغطية النفقات بتحديث قائمة وأسعار الأداءات.

كما أشار ميثاق الصحة إلى تحسين التسيير الإداري وذلك وفق ما يلي:

---

[1] العلواني عديلة، مرجع سبق ذكره، ص 12.

- ✓ منح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين أساسية تتلاءم وخصوصياتها، وهذا بوضع لامركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي.
- ✓ تأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة.

ويمكن القول، بأن في هذه المرحلة والتي توجت بهذا الميثاق الصحي والذي أعطى اهتماما بالغا للتكوين، والإعلام والاتصال والذي أكد بأنها تعتبر عناصر أساسية لسياسة صحية دائمة وناجحة وفعالة، فالتكوين حق ينبغي أن يكون ذا نوعية ويتماشى مع الحاجيات التي تم إحصاؤها، موجها نحو حل مشاكل الصحة، ويدمج الجوانب البيروقراطية، كما يتعين على التكوين الجيد التكيف مع التطورات التكنولوجية الملائمة وتشجيع استعمال مختلف الطرق والتقنيات العلمية، والأدوات التربوية الملائمة واستعمال بصفة عقلانية الكفاءات الموجودة، وتوفير الوسائل اللائقة للعلاج والبحث وفي هذا الإطار يعتبر التكوين المتواصل حق وواجب، حيث يساهم في تحسين نوعية العلاج لصالح السكان ونجاح السياسة الصحية، ولهذا وجب تكييفه مع الوضعية الصحية الوطنية والخصوصية الجهوية.[1]

أما من حيث الإعلام؛ فإن تطوير نظام وطني إعلامي للمؤشرات الصحية كان أمرا مستعجلا، وهذا قصد السماح بالمساهمة في اتخاذ القرار على كافة المستويات من جهة، وإعداد برمجة صحية من جهة أخرى. ويتطلب نظام الإعلام تحدد مصادر المعلومات والمعطيات وقنواته، وينبغي أن يسمح بتحليل ومعالجة المعطيات العلمية والأرشيف وزيادة الإعلام والتقييم، ولهذا كان من الضروري وضع استراتيجية للاتصال الاجتماعي موجهة نحو سكان مستهدفين

---

[1]نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 175.

وتطوير التكوين في الإعلام والتربية الصحية والاتصال والسهر على إقامة علاقات إنسانية منظمة بين مستخدمي الصحة ومستعمليها.

ومن جهة أخرى يجب التنويه إلى أن القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405هـ، الموافق لـ 16 فيفري 1985م والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ونتيجة للتحولات الكبيرة، التي عرفتها الجزائر وفي جميع المجالات، إلا أن قانون الصحة لم يرق إلى المستوى المطلوب، رغم التعديلات التي مر بها والتي كان آخرها القانون رقم 98-09 المؤرخ في 26 ربيع الثاني 1419هـ الموافق لـ 19 أوت 1998م، وهي تعتبر تعديلات ترقيعية لقانون وجب مراجعة معظم بنوده نظرا للتحولات التي عرفتها البلاد.

3- السياسة الصحية في الجزائر من 2000 إلى يومنا هذا

3-1- المرحلة التي تمتد من سنة 2000 إلى سنة 2008

لقد اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لقطاع الصحة من طرف الحكومات المتتالية وارتفعت من خلالها ميزانية التسيير وكذلك التجهيز، بفعل ارتفاع أسعار البترول وعائداتها.[1]

ولقد كان لنظام التأمينات الاجتماعية الممول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين، ففي الجزائر تم تحديد التوزيع الجديد لنسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي وذلك بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 04 مارس 2000، وجاءت هذه النسب موزعة بنحو 25% من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم، و9% على نفقة العامل و0.5%بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية، ويوضح أن هذه الاشتراكات تذهب للتأمينات الاجتماعية بقدر 14% من الوعاء الإجمالي

---

[1] العلواني عديلة، مرجع سابق ، ص 13.

و16% للتقاعد و1.75 %للتأمين على البطالة، و1.5%للتقاعد المسبق و1.25% لحوادث العمل والأمراض المهنية، ليشمل وعاء الاشتراك في الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالية تقدر بـ 34.5%.

وعرفت من خلالها مؤشرات الصحة تحسنا ملحوظا تمثلت في:

- بناء هياكل صحية جديدة واقتناء تجهيزات حديثة، ومعدات طبية متطورة خاصة في مجال التصوير الطبي بالأشعة.
- التخفيض من المخاطر المرتكبة بمحيط غير مناسب كالتلوث ومحاربة الآفات الاجتماعية.
- الحكم في التكاليف وتخفيض التبعية بفضل تدعيم وتطوير صناعة وطنية في مجال التجهيزات والمواد الصيدلانية وشبه الصيدلانية.
- إعادة تأكيد مجانية العلاج في إطار قانوني جديد.
- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد.
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته.
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- إقامة جسور بين القطاع العمومي والشبه عمومي والقطاع الخاص.
- انتقال نفقات الصحة من نسبة 3.48% من الدخل الوطني الخام سنة 2000 إلى 5.79% سنة 2009.
- ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 70% بين سنة 1990 إلى 35000 ممارس أخصائي سنة 2007.

لقد تم إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني واعتماد تنظيم صحي جديد في 19 ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 حيث يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من

اللامركزية كان الهدف منها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات.

وفي جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام[1] يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي وتميزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما: مؤسسة عمومية استشفائية، ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية، والتي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

3-2- المرحلة التي تمتد من سنة 2008 إلى يومنا هذا:

وفي سنة 2010 تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد، حيث أنهت اللجنة أعمالها في جانفي 2011، بالموازاة مع ذلك تشكلت عدة لجان لإعادة النظر في منظومة الوقاية والتعليم الشبه الطبي، وأسست لجنة لوضع خارطة طريق صحيحة للدولة.

ومشروع قانون الصحة لا يمكن اعتباره بمثابة سياسة صحية، ففي السياسة الصحية تلتزم الدولة بتحديد هذه السياسة، أي أن الدولة تنص على هذا الالتزام عن طريق نصوص الدستور، وتجسده من خلال وضع سياسة صحية تستجيب للمشكلات الصحية التي يعاني منها السكان وتعمل على الحد من محددات هذه الصحة بغرض ترقيتها، وهذا ما لا نجده في مشروع قانون الصحة الجدي، أي أن هذا القانون لا يحدد الخطوط العريضة للسياسة الصحية، بل هو مجموعة من القواعد القانونية لتنظيم عمل النظام الصحي أو ما يمكن أن نسميه مجمل هياكل الصحة العمومية.[2]

---

[1]نور الدين حاروش: **حق المواطن الجزائري في الصحة- بين النصوص والشرعية**، مجلة الاجتهاد، المركز الجامعي تامنغست ، الجزائر، 2015.

[2]Abdelhakim soulaimene, **la loi de santé publique en Algérie et en France**, santé publique, 2004, volume 16, N0 4 p: 640, site: www.caim.info

كما أن هذا القانون لا يحدد خطوطا عريضة تبنى على أساسها سياسة صحية ناجحة، ويبقى مجرد لوائح وقوانين منظمة لسير العمل في المؤسسات الصحية وهو مازال مشروعا قيد الدراسة.

✓ **مناقشة وتحليل:**

ويمكن تلخيص أسباب فشل محاولات إدخال إصلاحات على السياسة الصحية في الجزائر إلى ما يلي:

- ✓ إن الإجراءات والممارسات كرست واقعا لم يعد يسمح للفاعلين خاصة على مستوى الإدارات العليا، من التفكير في بدائل أخرى لحل المشكلات التي يواجهونها في تسيير قطاع الصحة.
- ✓ ومن هنا تصبح كل المحاولات لإرساء قواعد وإجراءات جديدة خصوصا، في ظل نظام إداري بيروقراطي، وهيئات لصنع القرار تكرس الطابع المركزي الجامد، لا يعطي الفرصة للإثراء وبعث روح المبادرة.
- ✓ إن سيطرة الدور المركزي للفاعلين في التغييرات التي تخص السياسات الصحية وظهور هذا الدور بصفة واضحة خاصة عندما يتعلق برسم سياسة عامة صحية، تبرز فيها الصراعات حول القيم دافعا للفاعلين بأن يقوموا بسد الطريق أو إجهاض أية محاولة للقيام بهذه الإصلاحات في المنظومة الصحية.
- ✓ يعتبر الاختلاف في رسم سياسة صحية فاعلة وناجحة مختلفا باختلاف الفاعلين المحليين في النظام الصحي والفاعلين المركزيين يجدون أنفسهم فقدوا الكثير من الامتيازات والسلطات.
- ✓ كما أن السياسة الصحية في الجزائر قد مرت بأزمات اقتصادية لحقت بالدولة مع نهاية الثمانينات، مما عطل عجلة التنمية وقلص من فعالية رسم تنفيذ سياسة صحية ناجحة، ليعقبها اضطراب أمني

في الأزمة الأمنية التي شهدتها الجزائر المسماة بالعشرية السوداء والتي أسفرت عن غياب واضح لمؤسسات الدولة الدستورية والتي تعطلت من خلالها البرامج الحكومية التنموية العديد من القطاعات أهمها قطاع الصحة.

ويبقى القول بأن السياسة الصحية في الجزائر، رغم الجهود التي يقوم بها الفاعلون السياسيون لتطوير هذا القطاع واللحاق بمصاف الدول المتطورة، يبقى يراوح مكانه، حيث أن الفاعلين السياسيين في السياسة الصحية لم يستطيعوا التخلي عن القوانين والإجراءات التي تحكم القطاع، والتي تعدت أكثر من ثلاث عقود، وهي: قانون الصحة 85-05 المؤرخ في فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، رغم تعديله عدة مرات إلا أنه لا يواكب التغير السياسي والاجتماعي والاقتصادي والتحولات التي عرفتها الجزائر.

ورغم الخطابات والتصريحات للمسئولين السياسيين للقطاع وفي الدولة والتي تنحصر جلها في الرغبة في إصلاح الشامل والكامل لمنظومة الصحة في الجزائر والارتقاء بها إلى مراتب عليا مقارنة بالدول المتقدمة، إلا أنها بقيت وهما سياسيا يطارده المسئولون الجزائريون، فهناك من الأطراف والجماعات الفاعلة في رسم السياسة الصحية في الجزائر من ترغب في إبقاء الوضع على حاله.

إن وضع سياسة صحية ناجحة وناجعة، لمواجهة كل ما يهدد صحة المواطن من بعيد أو قريب دون ادخار أي جهد أو مال، من أجل تحقيق أهداف لسياسة صحية ناجحة يتطلب تأسيس نظام صحي ديمقراطي يضمن العدالة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، وتوفير الآليات الضرورية لضمان شفافية في التسيير المالي للمؤسسات، بما فيها المؤسسات المكلفة بوضع سياسة صحية رشيدة.

كما يتوجب على الفاعلين في مجال السياسة الصحية في الجزائر سواء كانوا فاعلين رسميين أو غير رسميين، إيجاد حلول للمشكلات الصحية لأفراد المجتمع، تظهر فيها سمات القول والفعل والجدية في الطرح والفعالية في التنفيذ، يجب رسم سياسة صحية ملائمة تتضمن الأهداف الحقيقية والفعلية وتوضيح الإطار الزمني في تنفيذها وتوفير الوسائل الكفيلة المادية والبشرية لوضعها وتنفيذها على أحسن وجه، وتقويمها في كل مسارات التنفيذ، لتدارك كل خلل من شأنه تعطيل تنفيذ السياسة الصحية في الجزائر.

والأهم من كل ذلك وضع قانون للصحة جديد، يحافظ على المكتسبات المحققة ويعطي بعدا في تسهيل رسم سياسة صحية رشيدة، بإزالة كل العقبات القانونية والبشرية التي قد تسبب في تعطيل تنفيذ السياسة الصحية خدمة للمواطن وتقديم أحسن الخدمات الصحية وأجودها.

بعبارة أخرى إننا نطمح إلى قانون يسمح بالتطور والتحديث في مجال الصحة للحاق بمصاف الدول المتقدمة، في ظل مجتمع مدني فاعل ومشارك في العملية السياسية في كل مراحلها، وتوفير إعلام وطني يكون همزة وصل بين الحاكم والمحكوم وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الصحي واقتراح الحلول التي تساعد بالنهوض بهذا القطاع وإخراجه من الركود،[1] والجمود الذي يعصف بالقطاع.

المبحث الثالث: المشاكل التي تواجهها السياسة الصحية في الجزائر

تواجه السياسة الصحية في الجزائر مشاكل ومعوقات متعددة تقف حائلة دون الوصول للأهداف المرجوة، يمكن حصرها كما يلي:

---

[1] نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 177.

1- المعوقات الداخلية:

وتتمثل في العراقيل والاهتزازات التي أصبح يتخبط فيها قطاع الصحة قطاع أصبح غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الاستشفائية وتتمثل هذه الاهتزازات والمشاكل فيما يلي:[1]

1-1- مشاكل متعلقة بالتنظيم:

إن المؤسسة الاستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي يترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

- من خلال خضوع شبه تام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.
- خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة وهذا بالرغم من تمتعها باستقلالية قانونية تكفلتها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بها من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المعنوي.

ومن جهة أخرى شهد التنظيم في قطاع الصحة كفاية المحفزات، بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل، والأجور مقارنة مع القطاع الخاص، فتسيير مسارهم

[1] حميدة بن حليمة، **الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر، النظام التعاقدي**، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، فريل، 2006، ص 5.

المهني منظم بقانون قائم على الفكر الإداري المتركز على منطق التنظيم الإداري المرتبط بأسس بيروقراطية.

ومن جانب آخر نلاحظ وجود عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن، وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال1 طبيب لكل 800 ساكن، يقابله 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب..[1] فبينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في ادرار 1 طبيب لكل 2103 نسمة، أي أن 50% من الأطباء موجودين في منطقة الوسط، في حين 6/1 من المؤسسات العمومية للصحة، لا تتوفر على طبيب مختص.[2]

- قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان، وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها، إذ في أغلب الأحيان يتم استيراد الأجهزة من دول وشركات مختلفة قد لا يكون لها ممثلون على المستوى الوطني.
- نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية داخل المستشفيات، حيث أن الصيدلية المركزية التي لها احتكار لم تعد قادرة على الوفاء بكل الاحتياجات.
- صعوبة حصول المرضى على العلاج.
- غياب المتابعة المؤسساتية المريض في حالة الاستشفاء طويل المدى وبعد خروجه أيضا.
- نقص النجاعة والنوعية في الخدمات العلاجية المقدمة للمستعملين (طول الانتظار للحصول على موعد الاستشفاء، وظروف الإقامة غير

---

[1] حميدة بن حليمة، مرجع سبق ذكره، ص 6.

[2] Mohamed khadir, une Algérie à deux collèges, **une médecine à deux vitesse**, el watan, n: 5890, 13 mars 2010, p 19.

المشجعة وغير المقبولة من طرف المرضى، وطول الإقامة غير المبررة أحيانا داخل المستشفى).[1]

- ضعف تقييم النشاطات الطبية بسبب عدم وجود الوسائل كاللجان المتخصصة في هذا المجال، وعدم تقبل فكرة التقييم من طرف الممارسين.

1-2- مشاكل متعلقة بالتمويل:

إن المنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج بالإضافة إلى العديد من الاختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار والمتمثل في:

- ميزانية المستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة للمؤسسات الصحية مما يؤدي إلى سوء الخدمة المقدمة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية بسبب قلة البحوث والدراسات مما يجعل محاسبة المستشفيات تقريبية.
- تراكم الديون حيث تصل إلى 25% من ميزانية المستشفيات.[2]

1-3- مشاكل متعلقة بوسائل التسيير:[3]

✓ **مشاكل النظام الإعلامي:**

---

[1]Mohamed khadir, ibid. p 20.

[2] كريمة خلاص، <u>المجتمع المدني يتهم وزارة الصحة تكريس سياسة العشوائية في التسيير</u>، الشروق اليومي 26 أكتوبر 2009.

[3] علي لوحابية، مرجع سبق ذكره، ص 20.

يعاني قطاع الصحة في الجزائر من رواسب الانتقال من منهاج تقليدي في جمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على التكنولوجيات الجديدة للإعلام، وهو ما آل إلى ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة.

يشهد القطاع الصحي انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض.[1]

فالنظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، وأهم المشاكل الإعلامية ضمن تسيير القطاع الصحي نجد:

- انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه انعدام أي استغلال لهذه الرموز.
- سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم تكييف ومرونة بعض السجلات الإدارية
- مشاكل متعلقة بالتكوين:[2]

✓ النظام التكويني والتعليمي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، بالإضافة إلى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية والنوعية وهذا بسبب عدم

---

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **تقرير تمهيدي للمجلس، الأولويات والأنشطة المتعجلة** الجزائر، 2003، ص ص: 22-23.

[2] حميدة بن حليمة، مرجع سبق ذكره، ص 8.

الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على العلاج.

- ✓ عدم التوافق الأكاديمي في العديد من المجالات والمهارات الوظيفية المطلوبة بسبب صعف التكوين أو اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة (بعض التخصصات مثلا لا تجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية، كالفيزيائيين الطبيين وأعوان النظافة والصيانة الاستشفائية).
- ✓ انعدام ثقافة التكوين في المستشفيات، وذلك ما يظهر جليا من خلال رفض الموظفين الحصص والبرامج الخاصة بالتكوين، واعتبارها كمصدر للإزعاج لأنها لا تعطي أية مردودية وغير محفزة ولا توجد لها أي نتائج ملموسة كالحصول مثلا على علاوات أو شهادات خاصة بها.
- ✓ ضعف مردودية الأساتذة المؤطرين فهم ينفرون منها لأنها لا تعود عليهم بالربح ولا تفيدهم من ناحية بحثهم العلمي أو العملي وبالتالي فهذا يؤثر على نوعية المعلومات المقدمة للموظفين.
- ✓ ارتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية دليل على عدم الاهتمام من طرف الموظفين بهذه الحصص والبرامج.

1-4- المشاكل المتعلقة بالقطاع الخاص وشبه عمومي:[1]

إن التعايش بين القطاع العمومي والقطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملي قطاع الصحة بصفة عامة، فالقطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ توجد في كل الولايات العيادات

[1] حميدة بن حليمة، مرجع سبق ذكره، ص 8.

الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تنافس الهياكل الاستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءتها الطبية وتنافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم التوازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

هذه الازدواجية شكلت خطرا على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج، إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاقات ذات المردودية والربحية كالجراحة والتوليد وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، الشيء الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير، فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الاختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة وشبه العمومية.
- عدم احترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص، فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية
- غياب احترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية، رغم أنها تبقى محل نقاش.
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العمومي للصحة.
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدودة.

- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستعمالات.[1]

كل هذه الاختلالات، التي تجسدها هذه الوضعية للمنظومة الصحية بالجزائر، تستلزم حتميا إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة، وللمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة، لأن مجرد نية التغيير لا تمكننا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات.

2- المعوقات الخارجية:

سنتناول في هذا الجزء الظروف التي أحاطت بالصحة في الجزائر من خلال التعرض إلى الوضعية الصحية، ثم الوضعية الديموغرافية، ثم وضعيات الدواء، القطاع الخاص وهيئات الضمان الاجتماعي.

2-1- الوضعية الصحية:

تعرف الجزائر تحول وبائي كبير، حيث انتقلنا من هيمنة الأمراض المتنقلة التي ميزت الوضع العام للصحة في الجزائر، إلى ظهور وسيطرة الأمراض المزمنة، ومرد ذلك إلى المحيط الاجتماعي وتحول نمط المعيشة للسكان، بما فيها مشاكل الصحة العقلية، والإدمان والحوادث المرورية، أين لا يمكن غض البصر على نتائجها الخطيرة على المجتمع.[2]

- ✓ **الأمراض المتنقلة:**

حيث تعتبر أمراض التهاب الكبد، التيفويد، الليشمانيوز، الحصبة، ومرض السل الأكثر انتشارا، والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوفيات لدى شريحة الأطفال خاصة، إلى جانب ذلك الفقر وسوء التغذية، ونقص الإمكانيات خاصة

---

[1] عرمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص170.

[2] حميدة بن حليمة، مرجع سبق ذكره، ص ص 9-10.

النقص الهائل في عدد الأطباء، وكثرة الأخطاء الطبية التي أودت في كثير من الأحيان بحياة الكثير من المرضى، أي تم اللجوء إلى التعاون الخارجي، ورغم ذلك، فبفضل البرنامج الخاص بالتلقيح تم إلى حد كبير التحكم في عدد المصابين بهذه الأمراض، هذا لا يعني القضاء عليها بشكل كلي، مثل مرض السل الذي يعتبر من الأمراض الأكثر شيوعا في الجزائر والذي يهدد حياة العشرات من الأطفال، نتيجة لسوء التغذية لعدد كبير من العائلات وذلك بسبب الفقر، من جهة أخرى قلة النظافة، التي تساهم هي الأخرى في انتشار مرض السل،[1] والأرقام التالية توضح الوضعية الصحية للسكان، وهذا حسب الجدول التالي:

جدول رقم 01: يبين نسبة الأمراض المتنقلة في الجزائر لكل 100000 نسمة:

السنوات / نوع الأمراض	1999	2006	2007	2009
الحصبة	11.28	2.9	2.4	0.031
الكزاز	0.06	0.02	0.007	0.005
الخانوق	0.02	0.01	0.01	0.00
السعال الديكي	0.10	0.06	0.04	0.04
شلل الأطفال	0.00	0.00	0.00	0.00
السل	60.1	65.2	63.3	63.3
التهاب الكبد B	/	4.40	4.1	4.2
التهاب الكبد C	/	3.10	3.8	3.5
التهاب السحايا	7.16	1.09	1.02	1.9
الملاريا	3.38	0.47	0.10	0.29
الايدز	0.11	0.13	0.14	0.14

[1]R A D P? Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, politique nationale santé, évaluation et perspective (rapport global), 02 octobre, 2007, p24.

التيفويد	9.84	2.91	2.40	1.80
الليشمانيوز الجلدي	19.8	43.9	21.9	26.09

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2010.

إن ما يلاحظ من خلال الجدول أن مرض شلل الأطفال قد تم القضاء عليه نهائيا، وهذا راجع إلى برامج التلقيح المكثفة من طرف وزارة الصحة، في مقابل ذلك ظل مرض السل أحد الأمراض المتنقلة التي استعصى القضاء عليها، حيث بقيت النسبة مرتفعة طيلة عشرية كاملة دون التقليل من حدتها ونحن نعلم أن هذه الأمراض سببها الأساسي هو الفقر (أمراض الفقر)، وإن دل ذلك على شيء، فإنه يدل على أن نسبة كبيرة من السكان يعيشون في ظل الفقر، مما يتسبب ذلك في ظهور هذه الأمراض التي ساهمت بقدر كبير في ارتفاع معدل الوفيات في الجزائر، وهنا يمكننا القول بأن الجزائري يعاني مرتين بسبب فقره، ومرة بسبب مرضه.

- ✓ **الأمراض المزمنة:**

إن التحول الذي تعرفه الجزائر من حيث نوع المرض (حيث انتقلنا من مرحلة سادت فيها الأمراض المتنقلة إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة دون القضاء التام على بعض الأمراض المتنقلة مثل مرض السل الذي يسمى مرض الفقر) حتم على الحكومة وفي مقدمتها وزارة الصحة ضرورة العمل للتكيف مع هذا الوضع الجديد، ويظهر ذلك جليا من خلال عدد المصابين بهذه الأمراض، حيث وصل حسب إحصائيات 1998 إلى 10.5%من عدد السكان، 8.4 %بالنسبة إلى الذكور، 12.6%بالنسبة إلى الإناث، فالجزائري هو الوحيد في العالم الذي يعاني من نوعين من الأمراض، أمراض الفقراء وأمراض الأغنياء.

في حين توضح بعض الأرقام الصحية، أن عدد السكان حسب آخر إحصاء لسنة 2008 أكثر من 34 مليون نسمة، أما عدد مرضى السكري فيقارب 03 مليون، أي 5% من السكان، أما مرض السرطان لا يقل خطورة من داء السكري، فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009 بمعدل 35 ألف حالة كل سنة، بنسبة 53% للنساء و47% للرجال، ويمثل مرض ارتفاع الضغط 5% من السكان، أما أمراض المفاصل فتمثل حوالي 2% أما أمراض الربو حوالي 2% بالإضافة إلى أمراض القلب والشرايين بنفس النسبة (مجتمع مريض).

وتعتبر الصحة العقلية في الجزائر إشكالية بالنسبة للصحة العمومية، حيث وصل في سنة 1998 عدد الإعاقات العقلية إلى 460 حالة لكل 100000 فرد، أي بنسبة 2 ذكور لكل 1 إناث.[1]

إن ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر لا تنبؤ بخير، كونها تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان في الجزائر، ومن جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة إلى قطاع الصحة، مع أن ارتفاع النفقات العمومية على الصحة في الجزائر، تمليها ظروف اقتصادية واجتماعية، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان والتكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية والوقاية من الأمراض، وهو حق دستوري لكل الشعب الجزائري دون تمييز، ولكن ما هي الأسباب الكامنة وراء ارتفاع عدد المصابين بهذه الأمراض المزمنة؟ هل يعود ذلك إلى تغير النمط المعيشي للسكان، أم إلى عدم وجود تكفل حقيقي من طرف القائمين على قطاع الصحة في الجزائر؟

---

[1] OMS? Bureau régional pour l'Afrique, **Algérie: plan de travail 2004-2005**, novembre 2003, p02.

2-2- الوضعية الديمغرافية:

إن الإحصاء الوطني للسكان الذي أجري سنة 1998 كشف عن معدل التمدن قدر بـ: 58.3%، فيوجد 18.090.326 من السكان يعيشون في المدن، 12.943.686 يقطنون في الأرياف، ويبقى 5689 موزعون على المناطق المتبقية[1]. ويعود أساسا هذا الخلل إلى الخصوصيات الجغرافية للوطن حيث نجد 37.8% من السكان يتواجدون على طول الشريط الساحلي 52.2% موزعون على مناطق التل والاستبس، في حين 9.7% من السكان تتربع على 83% من المساحة الإجمالية للبلاد المتموقعة في الجنوب، وتمثل ظاهرة الهجرة الداخلية متغيرا يؤثر تأثيرا واضحا ومباشرا في توزيع السكان.[2] فاللاتوازن طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج بالأخذ بعين الاعتبار متطلبات إقامة نظام صحي قائم على الخريطة الصحية التي تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الجغرافية والديمغرافية لكل منطقة.

2-3- وضعية الدواء :

تعد صناعة الدواء أحد المنتجات الاستراتيجية التي تسيطر عليها الشركات المتعددة الجنسيات، من خلال احتكار إنتاجها وتوزيعها، وتعتبر هذه الصناعة من أكبر الصناعات ربحية في العالم، وتعمل هذه الشركات على بسط نفوذها على مجمل الأسواق العالمية، والجزائر كغيرها من الدول النامية التي تمر بتحول وبائي تمثل أرضا خصبة للاستثمار في الأدوية التي قدرت بالمليارات من الدولارات على الشركات المنتجة للدواء.

فحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن 80% من الوفيات بسبب الأمراض المزمنة وغير المعدية سيحل في الدول النامية، وفي بعض المناطق في إفريقيا

[1] حميدة بن حليمة، مرجع سبق ذكره، ص 14.

[2] اسماعيل قيرة وآخرون، **مستقبل الديمقراطية في الجزائر**، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002، ص 248.

هناك شخص من كل خمسة أشخاص مصاب بمرض السكري، و20 مليون من سكان افريقيا يعانون من ضغط الدم.[1]

أمام هذه المعطيات التي يسيل لها لعاب أصحاب الشركات الدوائية والمساهمين معهم، تصبح الغاية تبرر الوسيلة، فلم يترك المنتجين وسيلة إلا واستعملوها لغزو الأسواق والفوز بحصة الأسد من الأرباح، ضاربين عرض الحائط بكل المبادئ والأعراف الأخلاقية التي تحكم أبسط المعاملات التجارية، وتتنوع الأساليب:

- من رشوة أصحاب القرار في تسهيل عمليات حصول الشركات المستوردة للدواء، والتي عادة ما تكون ملك لأقارب مسؤولين تنفيذيين، أو من أصحاب السطوة في الدولة على الأدوية بسهولة وبكميات كبيرة، فبعدما تم فتح المجال للقطاع الخاص باستيراد الدواء تكونت أكثر من عشرة شركات استيراد خاصة منذ 1995 وهي التي تتحكم في 85% من عمليات الاستيراد، وأغلب هؤلاء المستوردين تربطهم علاقات حميمية مع بعض القادة البريتوريين كما يسميهم صامويل هانتغتون.[2]
- كذلك الدفع في اتجاه تبني قوانين تسهل من وصول الدواء إلى المريض، دون أن يفكر في تكاليف شرائه على اعتبار أن صندوق الضمان الاجتماعي هو الذي يقوم بالدفع عن الغير، وهو أسلوب يشجع الاستهلاك غير العقلاني للأدوية من طرف المريض، الذي يحصل على الدواء "من الباب الواسع"، ويغريه باستعمال بطاقته

---

[1]Sonia sahah, **médicament du nord restes sur les pauvres du sud, le monde diplomatique**, n 638, 54eme année, mai 2007, p18.

[2]Mohamed hachmaoui, **la corruption politique en Algérie, l'envers de l'autoutarisme esprit**, pars, juin 2012.

لشراء الأدوية لغير المؤمنين من معارفه وجيرانه بدافع الإنسانية ويشجع الطبيب كذلك على وصف الكثير من الأدوية بحثا عن المفعول السريع والقوي الذي يخفف من معاناة مريضه، دون التفكير في احتمال أن هذا المريض لن يصل إلى الدواء بسبب ظروفه الاقتصادية.[1]

2-4- الدور السلبي للوبي القطاع الخاص:

شكل القطاع الخاص، منذ تخلي الدولة عن النهج الاشتراكي، فرصة لمشاركة القطاع العام في التكفل بالمرضى والتخفيف من الحمل الذي أثقل كاهل الدولة، في ظل الأزمة الاقتصادية التي ظهرت مع نهاية الثمانينات من القرن الماضي.[2] وهو ما فتح الباب أمام مصراعيه للاستثمارات في قطاع الصحة، سيما يمثله المرض من مجال خصب وهاجس عند جميع فئات المجتمع، وما إن سمحت الدولة للقطاع الخاص بالنشاط في إطار اقتصاد السوق، ورفع القيود على حرية المبادرة، حيث شهدت أغلب المدن وخاصة المدن الكبرى، فتح عيادات جراحية وطبية منها المتخصصة في العلاج ومنها المتخصصة في الكشف وعيادات أخرى شاملة؛ تكاد أن تغطي كل احتياجات المريض منذ دخوله حتى خروجه من العيادة... وجاء نظام التعاقد بين المصالح الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي لفرصة لترشيد عمليات تمويل المنظومة الصحية، لكن مني هذا المشروع بالفشل حيث أن أصحاب هذه العيادات يدافعون عن مصالحهم، وأصبحوا يشكلون جماعات مصالح "لوبي"؛ كان له أدوار حساسة في الكثير من القرارات التي تتعلق بالسياسات الصحية

---

[1]حسيني محمد العيد، مرجع سبق ذكره، ص 135.

[2]RADP, Décret n 88-204 fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, journal officiel, n 33 du 18 octobre 1988, p 9.

في الجزائر، ومن هذه الأدوار ما قاموا به من ضغط لأجل إفشال مشروع التعاقد بين وزارة الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي، بالرغم من أن هذا المشروع حقق نجاحات كبيرة في العديد من الدول، وساعد على إيجاد حلول جذرية لمشاكل التسيير التي تعاني منها المنظومة الصحية، وترشيد النفقات المتزايدة التي كثيرا ما هددت الأنظمة الصحية حتى في الدول المتطورة؛ صاحبة التقاليد العريقة في ميدان السياسات الاجتماعية، لكن في الجزائر البيروقراطية والأدوار الغامضة التي قام به لوبي العيادات الخاصة أسقط المشروع في طي النسيان، ومن الأسباب التي جعلت هذا اللوبي يعمل بكل قواه على إفشال مشروع التعاقد أن في حال تكريس المشروع فإنه سينكشف المستور، فمن المعلوم أن الدولة، وسعيا منها للحد من عمليات نقل المرضى إلى الخارج من أجل العلاج التي أثقلت كاهل ميزانية الصحة، قامت بعقد اتفاقيات مع العيادات الخاصة من أجل التكفل بعلاج المرضى داخل الوطن وتقوم هيئات الضمان الاجتماعي بدفع تكاليف العلاج للمؤمنين وذوي حقوقهم ولكن في غياب تأطير قانوني للقطاع الخاص، فإن أسعار العمليات والفحوصات لم يتم الفصل فيها وبقيت من صلاحيات أصحاب العيادات الخاصة، ومن هنا فإن اعتماد نظام التعاقد بين المصالح الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي التي تكون ملزمة بتطبيق أسعار السوق الحقيقية؛ سيضع أصحاب العيادات الخاصة في قفص الاتهام، ويضيع عليهم أرباح خيالية من وراء العمليات التي تدفع من جيوب المؤمنين.[1]

2-5-وضعية هيئات الضمان الاجتماعي:

إن موظفي هيئات الضمان الاجتماعي من مصلحتهم ومصلحة المؤسسات التي يعملون بها، أن يطبقوا نظام التعاقد يضمن لهم بقاء مؤسسات الضمان

---

[1] حسيني محمد العيد: مرجع سبق ذكره، ص 137.

الاجتماعي واستدامة الموارد المالية التي يتم تسييرها بها لكن الإداريين القائمين على هذه المؤسسات ترسخت لديهم قناعات مؤسسية، عبر السنين، من عدم جدوى البحث عن فعالية التسيير في ظل غياب من يدافع على مصالح المؤمنين، من نقابات واتحاد وجمعيات المرضى.[1]

المبحث الرابع: بعض الاقتراحات والحلول الممكنة لمعالجة مشاكل السياسة الصحية في الجزائر

لقد شهدت السنوات الأخيرة، من حياة المجتمع الجزائري، بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، فقد شهدنا إنجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول إلى المياه العذبة والسكن اللائق وغيرها، إلاّ أنه مازالت هناك بعض النقائص في السياسة الصحية الجزائرية، فهي لم تلحق إلى المستوى العالمي في تقديم خدمات صحية ممتازة للمواطنين، لذا في هذا المبحث سنقوم بذكر بعض الاقتراحات والحلول الممكنة من أجل المساهمة في تحسين الخدمات الصحية، وتطوير للسياسة الصحية المنتهجة.

1) تحسين المستوى الصحي:

إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان، فإنه لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي لمجتمع معين، في الوقت الذي يوجد فيه ارتفاع في نسبة الفوارق بين السكان في مجال الحصول على الخدمات الصحية وأن التطور في متوسط المستوى الصحي يستفيد منه ميسوري الحال والذين هم في صحة جيدة، فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل متعلق بالجودة، والتي

[1] المرجع نفسه، ص 137.

تمثل أحسن مستوى صحي، وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة، والتي يمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

2) استجابة النظام الصحي:

تعكس درجة استجابة النظام الصحي المعايير الخاصة بـ "الاستقلالية" العزة الثقة وتوجه المريض التي تحكم العلاقات بين الأفراد ومختلف الوحدات المكونة للنظام الصحي.[1]فهذا المعيار يختلف عن معيار الرضى، على الخدمات الصحية المقدمة والذي يعكس مدى توقع الأفراد من الخدمات الصحية، فلا تقيم درجة الاستجابة فقط بقدرة النظام الصحي على الاستجابة لحاجات السكان، والتي تظهر نتائجها على الجانب الصحي وإنما تقاس بأداء الأنظمة الأخرى ذات العلاقة بالصحة كالخدمات الوقائية والعلاجية. فالنظام الصحي الذي يستجيب لاحتياجات المرضى يساهم في تحسين الصحة، لأن المرضى المرتقبين سوف يكونون أكثر تحفيزا للحصول على الخدمات الصحية إذا كانوا يعتقدون أنهم سوف يعاملون بشكل جيد.

3) التمويل العادل للنظام الصحي:

إن التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على السداد، وليس حسب درجة خطورة المرض، بمعنى أن هذا المعيار يقيم العدالة في توزيع الصحة حسب القدرة التمويلية للفرد وليس على أساس حالته المرضية، فالمبدأ العام القائل بأن: "تتحصل بقدر ما دفعنا" يعد مبدأ عادلا في المعاملات التجارية، ولكنه لا يصلح على الإطلاق في مجال

---

[1]Oms/ **Rapport Mondial Sur La Santé Dans Le Monde**, Pour Un Système De Santé plus Performant, Genève 2000.p 85.

العناية الصحية، إن الخدمات الصحية تكون ممولة بشكل عادل إذا كانت هناك مساواة بين المصاريف الصحية والمصاريف غير الغذائية لكافة العائلات بشكل مستقل عن مستويات دخولهم ومستويات صحتهم ومستويات استخدامهم للنظام الصحي.[1]

4) زيادة تمويل القطاع الصحي:

على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي، نجد أن هناك نقصا في الاهتمام الذي تليه الجزائر للقطاع الصحي، وهذا ما يتجلى في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطني، (النتاج المحلي الإجمالي)، وكذا انخفاض متوسط الفرد من الإنفاق الصحي بسبب ارتفاع عدد السكان، إن نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي في الدول المتقدمة مرتفعة، كما نصيب الفرد من النفقات الصحية هو كذلك في ارتفاع، وهذا ما يعكس المستوى الصحي والعدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه البلدان.

5)التوزيع العادل للهياكل الصحية:

بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية، حيث بلغ عدد الهياكل الصحية[2] حسب إحصائيات 2010 ما يلي:

[1]OMC (2000), ibid, p 86.

[2] L.Chachoua, le système national de la santé 1% 2 à nos jours collègue international sur la politique de santé, Alger les 18 et 19 janvier 2014.

المؤسسات الاستشفائية	المؤسسات الجوارية	عدد الأسرة
14 مركز استشفائي جامعي CHU 41 مؤسسة استشفائية جامعية EHU 05 مؤسسات استشفائية EH 68 مؤسسة استشفائية متخصصة ESH 195 مؤسسة استشفائية عمومية EPH	271 مؤسسة عمومية للصحة العمومية EPSP 1375 عيادة متعددة الخدمات POLYCLINIQUE 5376 قاعة للعلاج SALLE DE SOINT	68154 سرير (عام+ خاص) بمعدل 1 سرير لكل 500 ساكن.

كما تؤكد لنا الإحصائيات أنه يوجد طبيب لكل 395 ساكن بالجزائر العاصمة مقابل طبيب لكل 2589 ساكن بالجلفة، أخصائي لكل 860 ساكن بالعاصمة مقابل أخصائي لكل 17800 ساكن تيسمسيلت.

وتبقى منطقة الجنوب الكبير تفتقر لمثل هذه المراكز الاستشفائية الجامعية، وبالتالي معاناة سكانها بالتنقل للشمال للمعالجة عندما يتعلق الأمر بالأمراض المستعصية أو العلاج من الدرجة الثالثة ، العلاج عال التخصص.[1]

وعلى هذا الأساس لابد أن تعمل الدولة على توزيع الهياكل الصحية **توزيعا عادلا** يكفل الرعاية الصحية المواطنين في كامل أرجاء الوطن.

6)الاهتمام ببيئة القطاع الصحي:

تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد، وما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر، ويمكن ذكر الخصائص التالية للوضع البيئي في الجزائر.[2]

---

[1] نور الدين حاروش، **حق المواطن الجزائري في الصحة، بين النصوص والشرعية**، مجلة الاجتهاد، عدد 129، معهد الحقوق، المركز الجامعي تامنغست، الجزائر، 2015 .

[2] عزوز كردون وآخرون، **البيئة في الجزائر، التأثير على الأوساط الطبيعية واستراتيجيات الحماية**، مخبر الدراسات والأبحاث حول المغرب والبحر الأبيض المتوسط، جامعة منتوري، قسنطينة، 2001، ص 14-15.

- ✓ انحسار الغلاف النباتي وزيادة التصحر.
- ✓ النضوب السريع للموارد المائية السطحية والباطنية، بسبب الاستغلال المفرط لها، لا سيما في السنوات الأخيرة بسبب فترة الجفاف.
- ✓ تدهور البيئة الساحلية والبحرية.
- ✓ التلوث الصناعي بسبب المصانع غير المراقبة.
- ✓ الزيادة المفرطة في التعمير والبناء، نتيجة الضغط الديمغرافي وما نتج عنه من مشاكل حضرية.
- ✓ كل هذه العوامل مجتمعة أثرت سلبا على حياة وصحة الجزائيين فقد شهدت الجزائر، في الآونة الأخيرة، ارتفاعا حادا في الإصابات بأمراض السرطان، حالات التسمم الغذائي، ارتفاعا في أمراض الجهاز التنفسي، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وارتفاعا في حوادث المرور.... فهو ما يتطلب إعادة النظر في القضايا المتعلقة بالبيئة وصيانتها (الماء والهواء، التصحر، النبات، ...الخ) والتي تعمل على إعطاء دفعة جديدة للصحة في الجزائر.

خاتمة:

تعتبر السياسة الصحية في الجزائر من أهم البرامج التي تطرقت لها الدولة الجزائرية بعد الاستقلال، إذ أنها استهلت ذلك من دائرة الأوضاع الاجتماعية التي خلفها الاستعمار الفرنسي، من انتشار للأمراض والفقر والجوع والأوبئة مما جعل الشعب الجزائري يناهض بضرورة مراعاة تلك الأوضاع، فالصحة هي العافية والراحة في العقل والجسم وسلامتهما يعني أن الفرد يقوم بواجباته ويسعى للمطالبة بحقوقه.

فمن هنا لجأت الدولة الجزائرية إلى إعادة هيكلة النظام السياسي للدولة ومحاولة خلق قفزة نوعية من أجل تغيير الظروف التي كانت سائدة في وسط

المجتمع الجزائري آنذاك، فسعت جاهدة إلى توفير الرعاية الصحية المطلوبة من معدات مادية وبشرية التي تمثلت أساسا في: الإسعافات الأولية والتمريض الأطباء والممرين، شبه الطبيين، وهياكل طبية وعيادات، وقاعات للعلاج من أجل تغطية كل النقص الذي كان سائدا من قبل، فعمدت إلى إصلاح التعليم الجامعي للأطباء ومنح فرص تكوينية للشبه الطبيين والإطارات وتحديد كل كثافة سكانية معينة بعدد من الأطباء الذين تتماشى معهم لتغطية الرعاية الصحية فيها، ومن خلال المراحل التي مرت بها السياسة الصحية نجد أن الدولة الجزائرية، ورغم كل الظروف الصعبة التي مرت بها، إلّا أنها استطاعت تحقيق تغطية شاملة في كافة التراب الوطني في وقت وجيز، وأن كل مرحلة جسدت منشآت وبرامج جديدة؛ تخدم المواطن بصفة خاصة والدولة بصفة عامة، مما جعلها بذلك تسمو وتعلو نحو الأفضل في الخدمات الصحية سواء كانت تحمل الطابع العمومي أو الطابع الخاص، كذلك تزامنا مع صدور عدة مراسيم وقوانين والأوامر التي تشمل جلها الرعاية الصحية، والخدمة الصحية وترقية الصحة، مثل العلاج المجاني ورعاية الأمومة والطفولة والتلقيح المجاني واستقلالية المراكز الاستشفائية الجامعية، وإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية وتعزيز العلاج الجواري، هذا الذي خلق جو من الراحة والطمأنينة في نفوس المواطنين الجزائريين من أجل ضمان سلامتهم الصحية، بالإضافة إلى السعي إلى إرساء أسس نظام سياسي ديمقراطي، يضمن العدالة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من خدمات صحية تليق بإنسانيتهم، ويوفر الآليات الضرورية لضمان شفافية في التسيير المالي للمؤسسات، بما فيها المؤسسات المكلفة بالسياسة الصحية.

بالرغم من طموحات البرامج الصحية للدولة والتي تسعى في مجملها لتحسين وضعية الصحة إلاّ أن الواقع ما زال بعيدا عن الطموحات فالسياسة الصحية في الجزائر أخذت صورة السياسة الاستعراضية بحيث ركزت على بناء

الهياكل على حساب نوع الخدمة التي يحتاجها الإنسان، فحصر الصحة في كثرة المستشفيات وتكنولوجيا عالية لم يغير من واقع الصحة وإن وجدت هذه الخدمة الصحية فهي دون المستوى وتشمل فئة فقط دون غيرها وهو ما يتوجب على الفاعلين في مجال السياسة الصحية في الجزائر، سواء من الرسميين أو غير الرسميين، إبداع حلول للمشكلات الصحية لأفراد المجتمع الجزائري تتسم بالجدية في التصور والفعل معا، وتنأى بهم عن المسارات القديمة التي أثبتت عدم جدواها، وضيعت على الدولة الكثير من الفرص، وأهدرت الكثير من الموارد دون أن تحقق النتيجة المأمولة والاستناد إلى أبحاث علمية موضوعية المعتمدة على أرقام وإحصائيات دقيقة؛ تدعم وجود ائتلافات جديدة من الفاعلين الراغبين في إحداث إصلاحات فعلية للمنظومة الصحية، وتسمح بتحديد الاحتياجات الحقيقية لأفراد المجتمع في ميدان الصحة. ورسم السياسة الملائمة التي تتضمن الأهداف من تلك السياسة والمدى الزمني لتحقيقها، وللوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ، مع إحداث آليات مؤسسية للتقويم خلال مراحل التنفيذ، تسمح بتدارك الخلل وتعديل المسار في لحظة اكتشاف الخطأ وقبل فوات الأوان، في ظل وجود مجتمع مدني فاعل ومشارك في العملية السياسية في كل مراحلها، وإعلام وطني يكون همزة الوصل بين الحكام والمحكومين وينشر المعلومات الصحيحة حول الوضع الحقيقي للصحة في الدولة، ويرسخ الثقافة الصحية الرصينة التي تضمن تفعيل دور المواطن في مختلف مراحل السياسة الصحية.

التوصيات:

للتعجيل والنهوض بهذا القطاع ومن ثمة الحفاظ على الصحة المستدامة للفرد الجزائري يجب العمل على إدخال القيم ضمن الاستراتيجية الوطنية للتنمية، فالمواطن المريض لا يمكن أن يتعلم، والمريض لا يمكن أن يساهم في

التنمية دون الاهتمام بصانع التنمية ألا وهو الإنسان، وعليه فهناك مجموعة من الأمور يجب الوقوف عليها لتطوير قطاع الصحة في الجزائر:

- ✓ بالنسبة للجهات المقدمة للخدمات الصحية ويقصد بها الهيئات العاملة في الصحة والعاملين فيها، بحيث يمثل تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية (الأطباء، الممرضين) أحد محددات نجاح مجهودات تطوير الخدمات الصحية بدءا من تطوير المؤسسات والمناهج التعليمية بما يتفق مع احتياجات الرعاية الطبية في المجتمع، ووصولا إلى تطبيق برامج التكوين المختلفة بالإضافة إلى تقديم الحوافز عالية لتحقيق الأداء وانتهاج أسلوب الاختيارات الدورية لتقويم الأداء.
- ✓ تطبيق نظام الشراكة مع القطاع الخاص، شريطة أخذ جملة من الاعتبارات منها:

  - توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين، العدالة في المنافسة والمتابعة والإشراف، ومن الممكن أن تأخذ هذه المشاركة عدة أشكال مثل تقديم الخدمات الطبية، التكفل ببعض الفئات من حين لآخر لمن لا يجدون السبيل للعلاج في الخارج.
  - التنسيق بين الجهات المختلفة المقدمة للخدمات الصحية (عام وخاص) لما يساعد على رفع كفاءة الخدمات الصحية، من خلال توفير خدمات الرعاية التي تتناسب مع احتياجات المجتمع والعمل على التنسيق بين السياسات المرتبطة بالصحة العامة مثل سياسات التنمية الريفية، وتوفير المياه النقية.[1]

---

[1]مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص، أفريل 2005، متاح من الموقع: http://www.star28.com/site/site1318.html

- ✓ الاهتمام أكثر بشبكة الأجور الخاصة بالأطباء والأخصائيين وذلك لامتصاص عدد الأطباء المهاجرين إلى الخارج (الأخصائيين والهامين) حيث قدر عددهم بـ 6 آلاف طبيب في مختلف التخصصات ، ويرجع سبب ذلك إلى أن شبكة الأجور التي تتبناها السلطات العمومية لا تبنى على معايير تحفيزية، ولا تدفع برقي الخدمة العمومية إلى الأحسن وفق معايير دولية ذات فعالية.[1]
- ✓ الاهتمام بالصناعة المحلية وتدعيمها في مجال الصناعات الصيدلانية خاصة الدواء لتخفيف من ثورة الاستيراد من الخارج ويحقق الاكتفاء الذاتي خاصة إذا علمنا أن الجزائر تتوفر على هياكل ومجمعات لصناعة الدواء يمكن أن تنافس مثيلاتها في دول عربية مثل الأردن ومصر، وقد نجحت هذه المجمعات في صناعة أدوية بكفاءة خاصة الأدوية التي تكلف مبالغ كثيرة في استيرادها من الخارج.
- ✓ تقديم الرعاية وتعميمها على المناطق النائية والمعزولة ولقد تم اعتماد فكرة "القوافل المتنقلة" وهي عبارة عن مستشفيات مجهزة بأحدث الوسائل الطبية تقوم بتقديم الخدمات الصحية ومختلف الخدمات الأخرى، كما يمكنها متابعة الأمراض المتنقلة والمعدية عن طريق الفحص العشوائي لمختلف أفراد المجتمع، خاصة البدو الرحل.
- ✓ إشراك وسائل الإعلام المختلفة في التوعية الصحية العامة.

---

[1]بلقاسم عجاج، **<u>شبكة الأجور تحولت إلى عامل منفرد وعرض على القرار</u>**، الشروق اليومي، 14 سبتمبر 2008، الحدث، ص07.

- ✓ تنمية القدرات الإدارية والتسييرية للهياكل الصحية.
- ✓ تحليل العوامل غير المتصلة بالصحة والتي تؤثر في المحددات الصحة مثل الفقر، البيئة....الخ.
- ✓ مواصلة رفع الديون عن المستشفيات ووضع مخطط حسابات دقيق لها.
- ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا، وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها.

❁❁❁

قائمة المراجع:

أولا- الكتب باللغة العربية

1) أرنولد هايد نهايمر وآخرون، السياسات لعامة المقارنة، سياسة الخيار الاجتماعي في أمريكا وأوروبا واليابان، ترجمة أمل الشرقي، الأهلية للنشر والتوزيع، الأردن 1999.

2) اسماعيل قيرة وآخرون، مستقبل الديمقراطية في الجزائر، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 2002.

3) إقبال ابراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، 1999.

4) أنطوني غيدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصباغ، المنظمة العربية لترجمة بيروت، لبنان، 2005.

5) جمال الدين أبو الفضل بن مكرم، لسان العرب، لابن منظور، المجلد الرابع ج28 دار المعارف، القاهرة، مصر، 1981.

6) سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي، دار المعارف الجامعية، مصر، 2004.

7) صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر للنشر والتوزيع عمان، 2009.

8) عبد المحي حسن الصالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003.

9) عزوز كردون وآخرون، البيئة في الجزائر، التأثير على الأوساط الطبيعية واستراتيجيات الحماية مخبر الدراسات والأبحاث حول المغرب والبحر الأبيض المتوسط، جامعة منتوري، قسنطينة، 2001.

10) العلواني عديلة، تفعيل نمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

11) علي لوحادية، محاضرات في تسيير المصالح الصحية، ألقيت على طلبة السنة الرابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة العليا للإدارة، 2005.

12) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للإعلان والنشر عمان، 2008.
13) نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية**، دار كتامة للكتاب، الجزائر 2008.
14) حسيني محمد العيد، السياسة الصحية في الجزائر– دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، 1990–2012.

ثانيا– الرسائل الجامعية

1) حميدة بن حليمة، الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر النظام التعاقدي، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر فريل، 2006.
2) خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1994–2009)– دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية الإخوة خليف، الشلف، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر (3)، كلية العلوم السياسية والإعلام، قسم العلاقات الدولية، 2011.
3) زروالية رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011.
4) عرمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 2008.
5) محمد العيد حسيني، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية 2013–2012.

ثالثا– الجرائد والمجلات

15) بلقاسم عجاج، شبكة الأجور تحولت إلى عامل منفرد، عرض على القرار، الشروق اليومي، 14 ديسمبر 2008.
16) كريمة خلاص، المجتمع المدني يتهم وزارة الصحة بتكريس سياسة العشوائية في التسيير، الشروق اليومي، 26 أكتوبر 2009.

17) حسينة /ال، تطور المنظومة منذ الاستقلال، جريدة المساء، يوم 2012/07/05، متحصل عليه من الموقع: http://www.el-massa.com

18) نور الدين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة، بين النصوص والشرعية، مجلة الاجتهاد، معهد الحقوق، المركز الجامعي تامنغست، الجزائر، 2015.

رابعا- الوثائق والتقارير الرسمية والمراسيم.

1) قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فيفري سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405هـ.

2) القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى لأولى 405هـ، الموافق لـ1985/02/16م، المتعلق بحماة الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد8، الصادرة في 27 جمادى الأولى 1405هـ، الموافق لـ 17 فيفري 1985م

3) المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 02 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 1986/02/11م، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية لجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الثانية 1406هظن الموافق لـ12 فيفري 1986م.

4) المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم 1413هـ، الموافق لـ 06 يوليو 1992م، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب، الجريدة الرسمية، العدد 52، الصادرة بتاريخ 07 محرم 1413 هـ، الموافق لـ 8 يوليو 1992م.

5) الجريدة الرسمية، المرسوم التنفيذي رقم 69-9 المؤرخ في 14 شوال 1416هـ، الموافق لـ 03 مارس 1996، المتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتحديد معلوماتهم.

6) الجريدة الرسمية العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 يوليو 1997م.

7) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998.

8) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 2003.

خامسا- المواقع الالكترونية

1) مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء للخدمات الصحية من القطاع الخاص، أفريل 2005.، متاح من الموقع: http://www.star28.com/site/site1318html

سادسا- المراجع باللغة الأجنبية:

1- Abdelhakim soulaimen, la loi de santé publique en Algérie et en France, santé publique, 2004, volume 16, N°4. www.caim.info
2- Etymologie française latin Grec Sonskert: etymologielatingrec/home/s/santé-maladie-salut
3- La santé et la maladie concepts, déterminants- UNFPA Tunisie, p01 www.unfpa-tunisie.org
4- L .chachoua, le système national de la santé 1%2 à nos jours colloque international sur la politique de santé, Alger les 18 et 19 janvier 2014.
5- Magali barbeiry pierre centrale, santé" et population, lieu non identifié, sans date.
6- Mohamed hachmaoui, la corruption politique en Algérie, l'envers de l'autoutarisme esprit, pars, juin 2012.
7- Mohamed khadir, une Algérie à deux collèges, une médecine à deux vitesse, et watan, n: 5890, 13 mars 2010.
8- oms/ Rapport Mondial Sur La Santé Dans Le Monde, Pour Un Système De Santé plus Performant, Genève 2000.
9- OMS? Bureau régional pour l'Afrique, Algérie: plan de travail 2004-2005, novembre 2003.
10- R A D P? Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, politique nationale santé, évaluation et perspective (rapport global), 02 octobre, 2007.
11- RADP, Décret n 88-204 fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, journal officiel, n 33 du 18 octobre 1988.
12- République Algérienne Démocratique et Populaire, ministère de la santé, direction de la planification, statistique, sanitaire, septembre 1997.

13- Sonia sahah, médicament du nord restes sur les pauvres du sud, le monde diplomatique, n 638, 54eme année, mai 2007.
14- Saihi A, le système de la santé publique en Algérie. Revu gestion hospitalière, N°455, avril 2006.
15- www.kalicounseling.com/kailo-html
16- www.ons.dz/santé

الصّحة والمواطنة
بين الخصوصية الثقافية وتحديات العولمة

د. الصالح بوعزة. استاذ محاضر (أ)
تخصص علوم التربية
جامعة محمد لمين دباغين- سطيف2

ملخص:

لقد أضحى التطور التكنولوجي يشكل هاجسا كبيرا لدى الكثير من الدول والمجتمعات الإنسانية، بما يصاحبه من حراك اجتماعي أثر على البنية الثقافية للمجتمعات، حيث اهتزت فيها منظومة القيم، وأدت بالأفراد والمجتمعات- لاسيما العربية – إلى الانحراف عن فلسفة المجتمع وأطره المرجعية والفكرية وهي تشكل حالة مرضية تتطلب من الدول وضع خطط استعجالية واستراتيجيات لخلق بنية صحية لمجتمعاتها مؤسسة على العامل الثقافي في جانبه الوقائي أو العلاجي، لأنه لا يكفي توفير الصحة الجسمية والنفسية للأفراد بعيدا عن عناصر الثقافة، المرتبطة بالصحة الروحية والعقلية للأفراد مع ما يحمله المفهوم من دلالات ابستيمولوجية وانثروبولوجية لصحة المجتمعات الانسانية، والعربية على وجه الخصوص، لأن سلوك أفرادها الجمعي يرتبط بمفهوم المواطنة – كسلوك يكتسي أهمية بالغة- لارتباطه بالمشهد السياسي والثقافي للمجتمع العربي وما يميزه من حراك سياسي وتجاذبات فكرية وثقافية تأثرت بمفاهيم العولمة وأثرت – بشكل أو بآخر- على منظومة القيم والسلم الاجتماعي، وأصبحت تشكل خطرا حقيقيا على استمرارية الدول وتؤدي إلى تفتيت مقومات الهوية لدى المجتمعات العربية، لذلك أصبح لزاما على رجال الفكر والثقافة والسياسة إدارة حوارات جدية من أجل إعطاء مفهوم واضح

للمواطنة ومحدداتها الثقافية، بما يمكننا من التصدي لكل المغالطات الفكرية- باسم العولمة- التي هدفها احتواء الآخر في منظومة ثقافية وسياسية عالمية بما يمهد لزوال الثقافة المحلية وتغير منظومة القيم لصالح الدول المهيمنة، ونحاول في هذه المداخلة تقديم مقاربة صحية ثقافية لمفهوم المواطنة في المجتمع العربي، بهدف توفير حماية أكبر له وللمجتمع الجزائري، وتحصينه من كل أشكال الهيمنة، ومن ثم إعطائه فرصة للنمو وقدرة على التعايش مع الآخر دون التنازل عن خصوصيته السوسيو- ثقافية.

مقدمــة

إن مفهوم المواطنة من المفاهيم المرنة التي تتكيف مع الإيديولوجيات الفكرية والفلسفية والمرجعيات العقائدية والإثنيات والثقافات البشرية، كما ترتبط بالأنظمة السياسية والاجتماعية للدول، ونظرا لكونها تختلف من دولة إلى أخرى ومن مجتمع لآخر، فقد أخذت مفاهيم متعددة ومختلفة في كثير من الأحيان وحتى لا يحدث غموض لهذا المفهوم بات من الضروري توضيحه في كل فلسفة، وذلك لارتباطه بسلوك المواطن في الوطن الذي يوجد فيه، وما يفرضه من ضرورة الاحترام والتقيد بقوانين وثقافة ذلك البلد، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالمواطن مطالب بالحفاظ على هويته وثقافته والتعريف بها دون رفض الآخر، وبالتالي يمكن خلق جسور من الحوار والتعاون بين المواطنين في خدمة الأوطان والمحافظة عليها- في الوطن الواحد أو في الأوطان المتعددة- رغم اختلاف الايديولوجيات والثقافات والجغرافيا، خاصة ونحن في زمن العولمة بكل أبعادها، ونريد من خلال هذه المداخلة توضيح مفهوم المواطنة المرتبط بسلوك المواطن في فلسفة الثقافة من المنظور الاجتماعي – ثقافة المجتمعات العربية – حتى نزيل اللبس عن هذا المفهوم لدى عموم الشعوب العربية أولا ولدى الأجانب ثانيا، وذلك من خلال العناصر الآتية:

1- قضية المصطلح:

المواطنة كلمة تأخذ مفاهيم وتعريفات متعددة، وذلك حسب الزاوية التي ينظر منها إلى المفهوم.

- **البعد التاريخي:** فالمواطنة مأخوذة من الوطن وهو محل الإقامة والحماية ففي قاموس لسان العرب نجد أن الوطن هو محل إقامة الإنسان. الوطن هو المنزل الذي نقيم به وهو موطن الإنسان ومحله، ويقال أوطن فلان أرض كذا أي اتخذها محلا وسكنا، ويكاد هذا التعريف أن يتطابق مع القواميس العربية.

وعلى كل فإن المواطنة، ليست مجرد ذلك النزوع الشعوري ولكنها نزعة فكرية (مذهبية) لها مبادئها العامة وطقوسها السلوكية التي يزرعها رواد هذه النزعة في نفوس الناس وينشئون عليها ناشئتهم، وينظرون إلى الآخرين من خلالها الوطنية بهذه الصفة ليست حديثة، فقد وجدت في المجتمعات القديمة ومن أشهر صورها الوطنية اليونانية، ثم وطنية الإمبراطورية الرومانية التي كانت تنظر للشعوب الأخرى المنضوية تحت ظل الدولة الرومانية بصفتهم عبيداً تابعين للوطن الأم لا يقبل من هؤلاء الأتباع الانصهار في بوتقته والاندماج به كالاندماج الذي حصل في الحضارة الاسلامية، ولقد تجلت النزعة الوطنية متماهية مع القومية في أوربا الحديثة نتيجة الانفلات من الإمبراطورية الجامعة التي كان رباطها الجامع بين الأوربيين هو المسيحية التي دخلت إليها في القرن الثاني الميلادي.

1- هذا الانفلات بدأ بالملوك ثم برجال الدين فيما عرف بالحركات الإصلاحية، حيث تقسمت القارة الأوربية كما يقول الندوي(إلى إمارات شعبية مختلفة وأصبحت منازعاتها ومنافستها خطراً خالداً على أمن العالم)[1]

- **مصطلح المواطنة لدى المسلمين أو في التراث الإسلامي:**

---

[1] أبو الحسن الندوي – **ماذا خسر العالم بانحطاط المسلمين؟** مكتبة الايمان، دون تاريخ، ص 212 .

لمّا كانت المواطنة ترجع في اللغة إلى الوطن الذي فيه الإقامة واليه الانتماء، فقد عرفت (الموسوعة العربية العالمية) الوطنية بأنها(تعبير قويم يعني حب الفرد وإخلاصه لوطنه الذي يشمل الانتماء إلى الأرض والناس والعادات والتقاليد والفخر بالتاريخ والتفاني في خدمة الوطن. ويوحي هذا المصطلح بالتوحد مع الأمة)، كما تعرف بأنها(الشعور الجمعي الذي يربط بين أبناء الجماعة ويملأ قلوبهم بحب الوطن والجماعة، والاستعداد لبذل أقصى الجهد في سبيل بنائهما، والاستعداد للموت دفاعا عنهما).

وعليه فللمواطنة في الوعي الفكري والشعوري لدى المسلمين اتجاهات وأبعاد نتناولها كما يلي:

2- أبعاد المواطنة واتجاهاتها في المنظور السوسيو-ثقافي للمجتمع العربي:[1]

ليس سهلا الحديث عن مجتمع المواطنة بعيدا عن الفضاءات السياسية والثقافية والاجتماعية السائدة، لذلك نعمل على إيجاد مقاربة للمواطنة من خلال مجموعة من **الاتجاهات** والأبعاد، الفلسفية والقيمية النفسية، السياسية والقانونية الاجتماعية والثقافية كما يلي:[2]

1/2-البعد الفلسفي والقيمي:

[1]- محمد أرزازي، **المواطنة في المنظور الإسلامي، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية**، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م ص48

[2] إبراهيم رحماني، "**مفهوم المواطنة ومقومات الوطنية في الاسلام**"، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م ص ص 27-28 بتصرف.

ما دامت المواطنة تعتبر إنتاجا ثقافيا إنسانيا، فهي تنطلق من مرجعية فلسفية وقيمية تؤخذ دلالاتها من مفاهيم الحرية، العدل، الحق، الخير الهوية المصير والوجود المشترك. نجد هذا المعنى في حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم {كلكم لآدم وآدم من تراب}كما أن الدين جاء لهداية وتوجيه الناس كافة كما ورد في قوله تعالى:**{وما أرسلناك إلاّ كافة للنّاس بشيرا ونذيرا}**.(سورة سبأ، الآية 28).

2/2-البعد النفسي العاطفي:

يمكن توضيح هذا البعد من خلال استقراء نصوص الكتاب والسنة، حيث قال تعالى:**{الذين أخرجوا من ديارهم بغير حق إلا أن يقولوا ربنا الله}**(الحج الآية: 40)، وقوله عز وجل **{إنما ينهاكم الله عن الذين قاتلوكم في الدين وأخرجوكم من دياركم وظاهروا على إخراجكم أن تولوهم ومن يتولهم فأولئك هم الظالمون}**(الممتحنة، الآية: 9). وفي سنة النبي محمد صلى الله عليه وسلم ما يؤكد تلك العاطفة تجاه الوطن من خلال شدة تعلقه بمكة المكرمة، وأنه ما كان ليخرج منها مهاجرا لولا أن أكره على ذلك.

3/2-البعد**السياسي القانوني:**

أما الاتجاه الثاني فهو سياسي، يلتقي بالمضمون القانوني للأرض في حدودها الجغرافية الدستورية، وينفتح بهذا المعنى في تلك الحدود عن مجموعات بشرية مختلفة من حيث المذهب، اللغة، والقومية...لكنها تتوحد في ظل هذا الوطن وفقا لما يحدده القانون من حقوق وواجبات، والتمتع بحقوق المواطنة الكاملة، كالحق في المشاركة والتدبير واتخاذ القرارات وتحمل المسؤوليات، القيام بواجبات المواطنة، الحق في حرية التعبير، الحق في مؤسسات وقوانين ديمقراطية، الحق في المساواة وتكافؤ الفرص...الخ وهذا المعنى للمواطنة فهمه المسلمون الأوائل واتخذوه سلوكا من خلال بعض

الممارسات التي كانت سائدة بمشاركة القبائل العربية قبل مجيء الإسلام كحلف الفضول، ومجلس الملأ...الخ وهي قيم ارتبطت بالحقوق في الإسلام[1]

فبهذا المعنى، فللمواطنة مفهوم جديد، فهي تعرف الآن بأنها عبارة عن علاقة متبادلة بين أفراد مجموعة بشرية تقيم على أرض واحدة وليست بالضرورة منتمية إلى جد واحد ولا إلى ذاكرة تاريخية موحدة أو دين واحد إطارها دستور ونظم وقوانين تحدد واجبات وحقوق أفرادها، تجمعها مصالح مشتركة، فهذه المواطنة رابطة اختيارية معقودة في أفق وطني يحكمه الدستور أو ما سماه الفيلسوف الألماني (هابرماس) بالوطنية الدستورية.[2]

4/2-البعد الاقتصادي: تتمثل فكرة المواطنة من المنظور الاقتصادي بما يوفره الوطن من ما تسميه الكتابات الحقوقية (شروط الحياة الكريمة) والتي تعني سوسيولوجيا ظروف الارتقاء الاجتماعي.

5/2-البعد الاجتماعي الثقافي: يذهب الباحثون في علم الاجتماع إلى تعريف المواطنة على أنها علاقة اجتماعية تقوم بين الأفراد والمجتمع السياسي (الدولة). وعليه يمكن اعتبار المواطنة كمجموعة من القيم والنواظم لتدبير الفضاء العمومي المشترك في ظل هذه النظم التي نحددها في العناصر التالية (الانتماء- الحقوق- الواجبات- المشاركة في الفضاء العام وكل ما يهم تدبير ومصير الوطن).

إن هذا التعريف للمواطنة يشير إلى ميكانيزم التعاقد الاجتماعيين الأفراد والحكومة المسيرة للدولة والمسئولة عن تعزيز الشعور بالمواطنة لدى المواطنين، وذلك بما تؤمنه من الحماية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية

---

[1] عبد الله بن بيه، "**الولاء بين الدين وبين المواطنة**"، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد السادس، جمادي الثانية 1431هـ/جوان 2010م ص: 61

[2] عبد الوهاب الأفندي – "**إعادة النظر في المفهوم التقليدي للجماعة السياسية**"- مجلة المستقبل العربي – عدد 2 -2001 ص 145.

للأفراد، ولولا الشعور الطبيعي والفطري للأفراد تجاه الوطن ولولا الولاء لقانون المجتمع – في ظل تقصير الحكومة في الحماية– لانهارت الدول وأعطى الأفراد الولاء للجذور الدينية أو الطائفية والعائلية والقبلية والعرقية والإقليمية وفي اعتقادنا أن ما يحدث على مستوى الساحة العربية من فوضى له علاقة حتمية بتقصير الدول العربية في توفير الحماية والأمن للأفراد والجماعات، على مستويات متعددة (الفكري– السياسي– الاجتماعي...).

أما المواطنة بصفتها مصطلحاً معاصراً فهي تعريب للفظة(**CITIZENSHIP**) التي تعني كما تقول دائرة المعارف البريطانية (علاقة بين فرد ودولة كما يحددها قانون تلك الدولة وحقوق – متبادلة – في تلك الدولة، متضمنة هذه المواطنة مرتبة من الحرية مع ما يصاحبها من مسؤوليات).الدولة وبما تتضمنه تلك العلاقة من واجبات.

ويبرز الأستاذ عبد الوهاب الأفندي هذه القضية قائلاً:(إن مطابق الكلمة العصرية (مواطن) في المصطلح الإسلامي القديم هي كلمة (مسلم)،(ويرجع ذلك إلى أن هوية المجتمع الديني والسياسي في بدايات المجتمع الإسلامي كانت من المسلمات حيث يتمتع الفرد بحكم كونه مسلماً بعضوية فورية وكاملة في المجتمع السياسي وبالمعنى الإيجابي، بل و(الجمهوري) للمواطنة النشطة يحمل الحديث الشريف المشهور هذا المفهوم (المسلمون ذمتهم واحدة، ويسعى بذمتهم أدناهم ومن حقّر مسلماً فعليه لعنة الله والملائكة والناس أجمعين)(رواه البخاري ومسلم)[1].

وخلاصة القول أن المواطنة في صيغتها المعاصرة تركن إلى قيم ذات بعد ديني، لأهل المجتمع أو لغالبيتهم، وأن المواطنة في الإطار الإسلامي تركن إلى قيم الإسلام التي تحدد الحقوق والواجبات المتبادلة في مختلف الدوائر – التي

---

[1] على الكواري، **مفهوم المواطنة في الدولة القومية**. مجلة المستقبل العربي، بيروت، عدد 2 – 2001 ص 66.

يعنينا منها هنا دائرة الوطن – فإن كان مواطنو المجتمع كلهم مسلمين فالأمر واضح في تساويهم في الحقوق والواجبات المتبادلة بينهم وبين دولتهم وإن كان في المجتمع أقلية غير مسلمة فمن حق هذه الأقلية التمتع بحقوق المواطنة ارتكازاً للقيم الإسلامية التي تحمي حرياتهم الدينية ومصالحهم المادية والسياسية دون غبن أو جور وقد شهد التاريخ بالموقع المتميز للأقليات في المجتمع الإسلامي بل إن الملاحظ أن حقوق المسلمين في مجتمعات كثيرة في تاريخهم قد قيدت أو صودرت خلافاً لحقوق غير المسلمين.[1]

3- الولاء بين الدين وبين المواطنة:

لا أحد يمكنه نفي العلاقة القوية بين الدين والوطن، ولا بين الدين والمواطن، لأن سلوك المواطنة الحقيقية يقوم على الولاء لكل من الدين والوطن دلت على ذلك النصوص القرآنية والأحاديث النبوية ومواقف الرجال عبر التاريخ، ففي القرآن الكريم نجد ذلك في قوله تعالى:**{إنما وليكم الله ورسوله والذين آمنوا}**(المائدة الآية 55)، وقوله عز وجل: **{النبي أولى بالمؤمنين من أنفسهم وأزواجه أمهاتهم وأولوا الأرحام بعضهم أولى ببعض في كتاب الله من المؤمنين والمهاجرين إلا أن تفعلوا إلى أوليائكم معروفا كان ذلك في الكتاب مسطورا}**(الأحزاب، الآية: 6)، كما نستشف هذا الولاء في السنة، كما في حديث المسند{البلاد بلاد الله والعباد عباد الله فحيثما أصبت خيرا فأقم}وفي حديث رواه ابن حبان ورجاله ثقات:{يا فديك أقم الصلاة وآت الزكاة واهجر السوء واسكن من أرض قومك حيث شئت}، وتدل عليه وثيقة المدينة التي أخرجها ابن إسحاق في سيرته[2]

---

[1] عبد الله بن بيه، مرجع سابق، ص 58 بتصرف.

[2] محمود خليل أبو دف، **تربية المواطنة من منظور إسلامي**، كلية التربية- جامعة غزة الإسلامية – فلسطين، 1424هـ-2004م ص244

وإن أصدق تعبير عملي عن الولاء للدين والوطن ما ينقله التاريخ الاسلامي من قصص التضحية وبذل النفس والنفيس من أجل إعلاء كلمة الله وتحرير الأوطان من الاستعمار، وما قدمه العلماء من جهد لمحاربة عدو أخطر من الاستعمار، ألا وهو الجهل والأمية. وكان رواد النهضة والإصلاح في العالم العربي والإسلامي مضرب المثل، أمثال جمال الدين الأفغاني ومحمد عبده، عبد الحميد ابن باديس...الخ، حيث القى في عام 1936م رائد النهضة والإصلاح في الجزائر– الشيخ بن باديس– محاضرة في أعضاء جمعية التربية والتعليم، تحت عنوان لمن أعيش ؟ وأجاب عن سؤاله قائلا **(أعيش للإسلام والجزائر)**، وبعد أن شرح مطولا لماذا يعيش للإسلام ؟ قال: (أما الجزائر فهي وطني الخاص الذي تربطني بأهله روابط من الماضي والحاضر والمستقبل بوجه خاص، وتفرض علي تلك الروابط لأجله – كجزء منه فروضا خاصة وأنا أشعر بأن كل مقوماتي الشخصية مستمدة منه مباشرة، فأرى من الواجب أن تكون خدماتي أول ما تتصل بشيء تتصل به مباشرة)، وكتب في مجلة الشهاب تحت عنوان (كلمات حكيمة) يحدد فيها حقوق الوطن على المواطنين فقال:(إنما ينسب إلى الوطن أفراده الذين ربطتهم ذكريات الماضي، ومصالح الحاضر، وآمال المستقبل والنسبة للوطن توجب علم تاريخه، والقيام بواجباته من نهضة علمية، واقتصادية، وعمرانية، والمحافظة على اسمه وسمعته بّنيه – فلا شرف لمن لا يحافظ على شرف وطنه، ولا سمعة لمن لا سمعة لقومه) وهو القائل: (الحق فوق كل أحد، والوطن قبل كل شيء).

ومن الجدير ذكره في هذا المقام، أن هذه العاطفة النبوية تجاه أحد تمثل في حدّ ذاتها قيمة معنوية، فأحد جبل شهد معركة ضارية مع المشركين ودفن حوله حمزة عم – الرسول صلى الله عليه وسلم – ومصعب بن عمير وغيرهم من الصحابة الكرام رضوان الله عليهم، فالوطن لا يحب لذاته، وإنما لكونه وسيلة لمرضاة الله بإقامة الدّين فوق أرضه، وأما إذا كان الدّين غريباً في أرض

ما، كان التعلّق بهذا الوطن لمجرد كونه وطناً، مظهراً من مظاهر الوثنية والعصبية.[1]

ونّود أن نفرق بين (أممية الرسالة الإسلامية) وبين (خصوصية الواجب الوطني). نعم الإسلام رسالة أممية ولكنه يدعو أتباعه إلى (بر الأوطان) تماما كبر الآباء، والقرآن يعبر تعبيرا واضحا عن الديْن الذي في رقبة كل فرد لوالديه فيقول الله تعالى:**{وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرا}** (سورة الإسراء، الآية: 24) أي كما أعطياني في ضعفي وحاجتي، فيتبقى أن أعطيهما في ضعفهما واحتياجهما. وكذلك الأوطان أعطتني صغيرا، فما كان لأبوي أن يعطياني إلا من فيض هذا الوطن عليهما فالأوطان تدخل إذن في معنى الآباء، وهو معنى شديد القداسة في الإسلام كما أن نداء الأوطان عند العسرة واجب التلبية ومقدم على المشاريع الخاصة. قال تعالى: **{قُلْ إِن كَانَ آبَاؤُكُمْ وَأَبْنَاؤُكُمْ وَإِخْوَانُكُمْ وَأَزْوَاجُكُمْ وَعَشِيرَتُكُمْ وَأَمْوَالٌ اقْتَرَفْتُمُوهَا وَتِجَارَةٌ تَخْشَوْنَ كَسَادَهَا وَمَسَاكِنُ تَرْضَوْنَهَا أَحَبَّ إِلَيْكُم مِّنَ اللهِ وَرَسُولِهِ وَجِهَادٍ فِي سَبِيلِهِ فَتَرَبَّصُوا حَتَّى يَأْتِيَ اللهُ بِأَمْرِهِ وَاللهُ لاَ يَهْدِي الْقَوْمَ الْفَاسِقِينَ}**. (سورة التوبة، آية: 24).

وأمام هذه الواجبات هناك حقوق للأفراد كمواطنين، منها حق الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، كل في ميدانه، سواء أكان هذا الميدان سياسيا أو تنمويا أو اجتماعيا، وحق المشاركة التنموية للأجيال الحالية والأجيال المستقبلية، وكذلك ينبغي أن يشعر كل مواطن بأنه يشارك في قيادة بلاده أو في صنع هذه القيادة حقا وصدقا وليس تزييفا وتمثيلا، وينبغي أن يشعر كذلك كل مواطن أن هذه القيادة تحشده في خدمة الأهداف المجتمعية لا خدمة أهداف عشوائية لا معنى لها، وينبغي أن يشعر أيضا كل مواطن أن الناس

---

[1] يوسف القرضاوي، "**إشكالية الوطن والوطنية والمواطنة**"، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م ص (66–70) بتصرف.

سواسية كأسنان المشط أمام الدستور وما خرج منه من قوانين، متساوون في الحقوق ومتساوون في الواجبات مع حرية العقيدة الشخصية وما يتعلق بها من معاملات. والحقيقة أن هناك مخاوف ومحاذير من اتجاهات الشباب في هذا العصر نحو الوطن وحقوقه الأساسية، ومقتضيات المواطنة الحقيقية، كما بينها الإسلام وأقرتها الأنظمة السياسية والقوانين الحديثة. لكن قد نواجه بعض الصعوبات والتحديات في مسألة الولاء والانتماء كما نبينه في النقاط التالية:[1]

1- إشكالية تعارض الولاءات والانتماءات:

الإنسان بطبيعته له انتماءات متعددة، فقد ينتمي إلى الأسرة والى القرية والوطن والإقليم والقارة والدين ...الخ وهذا التعدد في الانتماء لا يطرح إشكالا ابتداء، إنما يحدث الإشكال عند حدوث تعارض بين هذه الانتماءات والولاءات كالتعارض بين الانتماء للوطن والولاء له مع الانتماء للدين والولاء له، فمن نقدم في هذه الحالة الدين أم الوطن؟ الذي يظهر في هذه الحالة أي حالة التعارض فإنّ الدين هو المقدم على الوطن، بدليل هجرة الرسول – صلى الله عليه وسلم– وأصحابه وتضحيتهم بالوطن من أجل الدين، كما ورد في قوله تعالى: {**الذين أخرجوا من ديارهم بغير حق إلا أن يقولوا ربنا الله**} (الحج، الآية: 40)، وقال سبحانه: { **للفقراء والمهاجرين الذّين أخرجوا من ديارهم وأموالهم يبتغون فضلا من الله ورضوانا وينصرون الله ورسوله أولائك هم الصادقون**}(الحشر الآية: 8) وقد بين القرآن الكريم أن دين المسلم أعز عليه وأحب إليه من كل شيء سواه وهو من مقتضيات الدين الحنيف، ورد ذلك في قوله تعالى: {**قل إن كان آباؤكم وأبناؤكم وإخوانكم وأزواجكم وعشيرتكم وأموال اقترفتموها وتجارة تخشون كسادها ومساكن ترضونها أحب إليكم من الله ورسوله وجهاد في**

---

[1] الذوادي قوميدي، "**الروح الوطنية وصناعة الأجيال**"، مجلة رسالة المسجد، العدد الثاني، وزارة الشؤون الدينية– الجزائر 1432هـ الموافق ل 2011م ص (57–66) بتصرف.

سبيله فتربصوا حتى يأتي الله بأمره والله لا يهدي القوم الفاسقين}(التوبة الآية: 24).

2- اقتران الوطنية بالعلمانية:

وتحدث المشكلة لدى بعض الإسلاميين، فتراهم يعارضون أو يتحفظون على فكرة (الوطنية) انطلاقا من أن الوطنية مسكونة بالعلمانية التي تفصل الدين عن الدولة، بل عن الحياة، على خلاف ما هو معروف عن شمولية الإسلام، وما ينبغي قوله هنا أن الوطنية في ذاتها لا تحمل أي مضمون أيديولوجي، لا مضمون (ديني) ولا (لا ديني) أو علماني، بل هي محايدة وقابلة لأن تحمل ما تحمل، من حق وباطل.

3- الغلو في الوطنية حتى تصبح بديلا عن الدين:

لا يصلح أن يجعل المسلم محياه ومماته لغير الله، كما قال تعالى لرسوله الكريم:**{قل إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين}**(الأنعام الآية 162).

ويعلمنا ديننا الحنيف أن نبتعد عن الغلو في الوطنية وتقديم الوطن على الدين، كما ينهانا عن تتحول الوطنية عندنا الى عصبية جاهلية، كما هو الشأن عند بعض القبائل وأهل الأوطان عندما يحاربون إخوة لهم في الدين باسم الوطنية والعصبية، وقد أنكر الإسلام العصبية بكل أنواعها، سواء كانت عصبية قبلية أم قومية أم إقليمية أو أي كانت، فقد روى الإمام مسلم في صحيحه عن أبي هريرة عن النبي – صلى الله عليه وسلم- أنه قال:**{من قاتل تحت راية عمية، يغضب لعصبة، أو يدعو إلى عصبة، أو ينصر عصبة، فقتل، فقتلته جاهلية}**.

4- المخاطر التي تقف في وجه أجيال اليوم والغد:

من هذه المخاطر ما يلي :[1]

– محاولة التفرقة بين الدّين والوطن؛ نستشف هذا من قوله تعالى **{وعد الله الذين آمنوا منكم وعملوا الصالحات ليستخلفنهم في الأرض كما استخلف الذين من قبلهم وليمكنن لهم دينهم الذي ارتضى لهم وليبدلنهم من بعد خوفهم أمنا يعبدونني لا يشركون بي شيئا ومن كفر بعد ذلك فأولئك هم الفاسقون}** (سورة النور، الآية 55) إن من شروط الاستخلاف في الوطن إقامة الدين وعبادة الله في الأرض بحق، لأنها شرط التمكين. وهنا يجب أن نشير إلى أن أهم شروط الترشح للولاية أو الانتخابات هو الاستقامة في أمور الدين من عقيدة صحيحة وعبادة مخلصة وعمل صادق متقن.

– الصراع بين الثقافة الدخيلة والثقافة الوطنية؛

– قلة الرقابة الاجتماعية؛

– ضمور نماذج القدوة الصالحة؛

– التّحدي الاقتصادي؛

– تّحدي الثقة؛

ولتجاوز هذه التّحديات لا بد من الاحتياطات والتدابير الآتية:

– إحياء الروح الوطنية وتعميقها في النفوس لدى الجميع حاكم ومحكوم؛

– معادلة الحقوق والواجبات؛

– الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر من خلال تفعيل جهاز الرقابة والمحاسبة؛

رُوى البخاري في كتاب الشركة عن النعمان بن بشير رضي الله عنهما عن النبي– صلى الله عليه وسلم – قال: (مثل القائم على حدود الله والواقع فيها

---

[1] الشهاب ج10 م 6 جمادى الثانية 1349هـ، نوفمبر 1930م

كمثل قوم استهموا على سفينة فأصاب بعضهم أعلاها، وبعضهم أسفلها، فكان الذين في أسفلها اذا استقوا من الماء مروا على من فوقهم فقالوا لو أنا خرقنا في نصيبنا خرقا ولم نؤذ من فوقنا؟ فإن يتركوهم وما أرادوا هلكوا جميعا، وإن أخذوا على أيديهم نجوا ونجوا جميعا).

- بعث روح الانتماء للقيم الوطنية
- زرع روح الأمل
- الاستشراف والتخطيط المستقبلي للعناية بالأجيال

إن العمل على تحقيق هذه الأهداف أضحى مطلبا ضروريا للأفراد والمجتمعات، بالنظر إلى تحديات العولمة التي أزالت الحدود وكسرت القيود وأصبح لزاما على كل مجتمع التكيف معها دون الذوبان والانصهار في مبادئها وقيمها وأهدافها.

5- الاستثمار في الهوية والوطنية:

يعتبر المفهوم الحديث للمواطنة عكس المفهوم التاريخي الذي يقوم على العرق أو الدين أو التاريخ المشترك، وإن المواطنة رباط أو رابطة اختيارية معقودة في أفق وطني يحكمه الدستور أو ما سماه الفيلسوف الألماني هابرماس بالوطنية الدستورية، أي شعور الفرد بانتمائه إلى جماعة مدنية مؤسسة على المشاركة في القيم الأساسية، والمواطنة تتسامى عن الفئوية لكنها لا تلغيها والمطلوب أن تتواءم وتتعايش معها تعايشا سعيدا وإن هذا الطرح يلتقي مع مفهوم الدين الاسلامي للتعايش البشري[1]

يقول عبد الحميد بن باديس بخصوص الوحدة الوطنية:(إن أبناء يعرب وأبناء مازيغ قد جمع بينهم الإسلام منذ بضع عشرة قرنا، ثم دأبت تلك القرون تمزج ما بينهم في الشدة والرخاء وتؤلف بينهم في العسر واليسر، وتوحدهم في

---

[1] محمد الصالح الصديق، **أعلام من المغرب العربي**، مرجع سابق، ص260

السراء والضراء، أمه الجزائر، وأبوه الإسلام، وقد كتب أبناء يعرب وأبناء مازيغ آيات اتحادهم على صفحات هذه القرون بما أراقوا من دمائهم في ميادين الشرف لإعلاء كلمة الله، وما أسالوا من محابرهم في مجالس التدريس لخدمة العلم، فأي قوة بعد هذا يقول عاقل تستطيع أن تفرقهم لولا الظنون الكواذب والأماني الخوادع، يا عجبا، لم يفترقوا وهم الأقوياء فكيف يفترقون وغيرهم القوي، كلا والله، بل لا تزيد كل محاولة للتفريق بينهم إلا شدة في اتحادهم وقوة لرابطتهم(ذمتي بما أقول وأنا به زعيم) والإسلام له حارس والله عليه وكيل.[1]

إن العلاقة بين عقد المواطنة وبين الدين يمكن أن يتصور في دوائر منها ما هو مطلوب شرعا ومرغوب طبعا، كحق الحياة والعدالة والمساواة والحريات وحماية الممتلكات ومنع السجن التعسفي والتعذيب، وحق الضمان الاجتماعي للفقراء والمسنين والمرضى والتعاون بين أفراد المجتمع للصالح العام وما يترتب عليه من واجبات كدفع الضرائب والدفاع عن الوطن ضد العدوان والامتثال للقوانين– ما دامت لا تتعارض مع نصوص الشريعة– وفاء بعقد المواطنة وهذا في حقيقته يدخل في الوفاء بالعهد واحترام مقتضياته وذلك داخل في الولاء للدين كما في الآية الكريمة **{يا أيها الذين آمنوا أوفوا بالعقود}**(المائدة الآية:1)، ومن مقتضيات المواطنة الشراكة والتعاون بين أبناء الوطن الواحد مهما اختلفت عقائدهم ولو كانوا مشركين، ما داموا معاهدين، مثلما دلت عليه آية الممتحنة وقد نزلت في العلاقة مع المشركين المحاربين**{لا ينهاكم الله عن الذين لم يقاتلوكم في الدين ويخرجوكم من دياركم أن تبروهم وتقسطوا إليهم إن الله يحب المقسطين}**(الممتحنة، الآية:8) كما يدخل في التعاون على البر والتقوى؛ ما جاء في قوله تعالى: **{ولا يجرمّنكم شنّآن قوم على ألاّ تعدلوا اعدلوا، هو أقرب للتّقوى واتّقوا الله إن الله خبير بما تعملون}**(المائدة الآية:8)

---

[1]عبد الله بن بيه، "مرجع سابق، ص (63–66) بتصرف.

إن هذا المعنى نجده في قوله تعالى: **{وقولوا للناس حسنا}**(البقرة، الآية: 83) كما نجده في حديث رسول الله- صلى الله عليه وسلم- في قوله:**{وخالق النّاس بخلق حسن}** رواه الترمذي وقال: حديث حسن.[1]

إن الولاء للدين والوطن يقوم على ركيزتين أساسيتين هما الطاعة والمعصية، وحفظ العهود والمواثيق، كما يخضع لقاعدة جلب المصالح ودرء المفاسد ولقانون الأخلاق العام الذي جاء للبشرية جمعاء من أجل التعايش الإنساني القائم على الحقوق والواجبات وقبول الآخر واحترامه بغض النظر عن جنسه أو دينه أو لونه أو لغته....الخ.

7- الوطنية والمواطنة في الإسلام في مواجهة العولمة:

تبرز اليوم أهمية الوطنية والمواطنة من أجل الحفاظ على الهوية الخاصة بكل مجتمع في ظل ما يتهددها من أخطار العولمة ومؤسساتها بما يعني إكساب المناعة لكل فرد من خلال تربيته تربية وطنية تركز على تزويده بالمعارف والقيم والمبادئ والمهارات التي يستطيع بها التفاعل مع العالم المعاصر دون أن يؤثر ذلك على شخصيته الوطنية، ولا أحد يشك في أن للوطن مكانة عالية وحبه غريزة متأصلة في النفوس، فليس غريبا أن يحب الإنسان وطنه الذي نشأ على أرضه ، كما أنه ليس غريبا أن يشعر الإنسان بالحنين الصادق لوطنه عندما يغادره إلى مكان آخر، لقوة الارتباط وصدق الانتماء، وروى ابن عباس أن سيد الخلق وحبيب الحق -صلى الله عليه وسلم- يقول لمكة يوم خرج منها مهاجرا: {**ما أطيبك من بلد وأحبك إلي، ولولا أن قومي أخرجوني منك ما سكنت غيرك**} (حديث صحيح غريب من هذا الوجه) وقد روت عائشة أن رسول الله سأل الله أن يرزقه حب المدينة لما انتقل إليها

[1]- إمام مسجد الدجاج بولاية المسيلة، "**حب الوطن**"، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الثاني، صفر 1432هـ/فيفري 2011م ص ص 92-93 بتصرف.

فقد قال– صلى الله عليه وسلم–{**اللهم حبّب إلينا المدينة كحبّنا مّكة**}.(رواه البخاري).

إن من مقتضيات المحبة الحقيقية للوطن القيام بالواجبات، والعمل على تحقيق الرفعة والتقدم والحضارة لهذا الوطن، لأن حب الوطن مرتبط بسلوك الفرد ارتباطا لا انفكاك منه، فهذا الحب يظهر في التضحية من أجله، وهو من فعل الخير الذي أمر الله به، قال سبحانه:**{وما تفعلوا من خير فإن الله به عليم}** (البقرة، الآية: 273)

كما أن حب الوطن يظهر في احترام قادته وطاعتهم كما جاء في قوله تعالى:**{يا أيها الذين آمنوا أطيعوا الله وأطيعوا الرسول وأولي الأمر منكم}(النساء، الآية: 59)**، وفي احترام رموزه، وفي احترام أنظمته وقوانينه وفي التشبث بكل ما يؤدي إلى وحدته. ومن مقتضيات هذه المحبة أيضا المحافظة على ثرواته وخيراته، فهي ملك لجميع أبنائه، وكل فرد من أفراده مؤتمن على ما يوكل إليه من واجبات ومسؤوليات كما دل على ذلك ما رواه عبد الله بن عمر عن رسول الله– صلى الله عليه وسلم– قوله: **{كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته...}**(متفق عليه)، وأيضا ما رواه انس بن مالك قوله:**{إن الله سائل كل راع عما استرعاه حفظ أم ضيع حتى يسأل الرجل عن أهل بيته}**(رواه النسائي وابن حبان في صحيحيهما).[1]

فمن المسلمات المتفق عليها أن الوطنية شعور وارتباط عاطفي بالأرض والمجتمع أما المواطنة فهي ممارسة وارتباط عملي، والوطنية حب ووفاء بينما المواطنة قبول والوطنية حرارة أما المواطنة فهي سلوك وتصرفات، ولا وطنية جيدة بدون مواطنة جيدة، لكن المواطنة يمكن أن تتم دون وطنية، فالوطنية ذات صلة بالتاريخ والهوية، أما المواطنة فهي التناغم والإيقاع الحياتي الخيري.

---

[1] السيد يس، **المواطنة في زمن العولمة**، دون طبعة، 2002، ص 21

أما المنظور الإسلامي للوطنية والمواطنة؛ فهو لا يتعارض مع هذه المفاهيم الحديثة، باعتبار أن الإسلام هو أول شرعة كبرى دعا إلى الوحدة الإنسانية الشاملة ليعيش الناس في تفاهم ومودة وتعاون وأمن واستقرار، تشير إلى هذا الآية الكريمة **{يا أيها النّاس اتقوا ربّكم الذّي خلقكم من نفس واحدة ...} (سورة النساء: الآية 1)** وقول النبي – صلى الله عليه وسلم–: **{أيها الناس إن ربكم واحد، وإن أباكم واحد، كلكم لآدم وآدم من تراب، إن أكرمكم عند الله أتقاكم، ليس لعربي على أعجمي فضل إلا بالتّقوى}.(رواه مسلم في صحيحه)**. والمواطنة في المنظور الإسلامي تضمن لجميع المواطنين حقوقهم المتمثلة في حقوق الإنسان لقيامها على قاعدة التسامح، وأساليب المواطنة الإسلامية هي الدعوة الجادة والحازمة إلى الألفة والوفاق إشاعة الأمن والوئام انطلاقا من الآية القرآنية{يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم ...}(سورة الحجرات، الآية: 13). وإذا كانت المواطنة في ظل تداعيات العولمة الراهنة والتغيرات العالمية تمر بمرحلة مراجعة تستهدف كسر حاجزها القومي، إذ كما يقول أحد علماء الاجتماع الفرنسيين في كتاب عنوانه: (ما المواطنة – باريس 2000): لماذا ترتبط المواطنة بالقوم أو بالوطن الخاص؟ ما الذي يمنع من أن تضيق نحو مواطنات أصغر نحو الجماعات الفرعية ذات الجامع اللغوي أو العرقي، وما الذي يمنع من أن تتوسع نحو مواطنة عابرة للقوميات الوطنية.[1]

وهذا المسار هو الذي تسعى القوى الفاعلة اليوم لتوظيفه لمصالحها حيث تتكتل القوميات في العالم المتقدم (الاتحاد الأوربي مثلاً) بينما يجري تفتيت الأمم الأخرى ومنها الأمة الإسلامية نحو وحدات أصغر وأضعف.

---

[1]عبد الناصر الخنيسي، حب الاوطان من الايمان، تم استرجاعه بتاريخ 21 مارس 2018 على الساعة 8:33 على الرابط http://alchourouk.com/99618/687/1/

والإسلام لا ينظر إلى المواطنة بمفهوم (إسلامية المسلم في مجتمعه الخاص) على أنها حركة مغلقة، بل هي حركة منفتحة؛ فإقامة المجتمع المسلم المتماسك يستهدف الانفتاح على ما وراءه انفتاحاً إيجابياً إلى المجتمعات المسلمة للتوحد معها والإسهام في حمل همومها، وإلى المجتمعات الأخرى للإسهام في إعلاء القيم الإنسانية التي تحقق للعالم تعايشاً سلمياً وتفاعلاً حضارياً نافعاً. وهذا ما به الإسلام من مفاهيم ومبادئ عالمية، فتأصيل فكرة المواطنة بالمفهوم الإسلامي يكون من خلال:

- وحدة الأصل الإنساني، فكل الناس سواء في أصلهم وجنسهم وميولهم الفطرية التي تقتضي التمسك بالمواطنة وحب الوطن. في هذا المعنى جاء قول الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه– المشار اليه سالفا – {لولا حب الأوطان لخرب بلد السوء}[1]

كما جعل القرآن الكريم الدفاع عن الوطن جهادا في سبيل الله **{وليعلم الذين نافقوا وقيل لهم تعالوا قاتلوا في سبيل الله أو ادفعوا}**(آل عمران، الآية: 167)

- وحدة المصالح المشتركة والآمال والآلام، فالوطن وعاء المواطنة يدفع المواطنين إلى الوقوف صفا واحدا، والتعاون يدا واحدة لرفع كيان الوطن وصون عزته وكرامته، إن الأنموذج الأول لمبدأ المواطنة تجسد في عهد النبوة من خلال صحيفة المدينة التي أبرمها النبي – صلى الله عليه وسلم– بعد هجرته إلى المدينة المنورة سنة 622هـ والقائمة على تقرير حقوق المواطنين ومسؤولياتهم على أساس واضح من المساواة. لذلك أكد بعض الباحثين أن المسلمين الأوائل اقتربوا من مفهوم

[1] محمد أرزازي، "**المواطنة في المنظور الإسلامي**"، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م ص(52–58) بتصرف.

المواطنة بفضل ما يحمله الإسلام من منظور إنساني (مراعاة مبادئ وحقوق الإنسان) عملت القوانين والأنظمة على إقرار هذه المبادئ والحقوق، وبرزت منظمات وجمعيات محلية وإقليمية ودولية تنادي بضرورة احترام هذه الحقوق، جراء ما تعرضت له المجتمعات البشرية من انتهاكات لهذه الحقوق.

لقد أبرزت هذه الوثيقة أمرين مهمين هما:[1]

- ميلاد الدولة الإسلامية في الوطن الجديد
- صهر المجتمع المدني في أمة واحدة رغم التنوع الثقافي والعقائدي (المسلمون واليهود والوثنيون الذين لم يؤمنوا من الأوس والخزرج) والتنوع العرقي (المهاجرون من مكة وهم من قبائل عدنانية والأنصار وهم من قبائل قحطانية واليهود وهم قبائل سامية)

أما بنود هذه الوثيقة في مجملها تحدد في ثلاثة محاور أساسية:

- الإخلاص والولاء للدولة والوطن
- الدفاع عن الوطن
- احترام نظام الدولة ودستورها.

8- التربية على المواطنة وصفات المواطن الفعال:

إن التطلع للمواطنة الحقة يتطلب تأهيل المواطن وتنميته انطلاقا من واقع الجماعة الوطنية، وفق شروط أساسية أهمها:[2]

[2]- إبراهيم رحماني، مرجع سابق، ص ص 37-38

- التربية على المواطنة عملية تكوينية مستمرة تبدأ بإقرار الدستور لمفهوم المواطن، ثم تستمر المؤسسات التربوية في تشكيل هذا الأخير،
- تغليب الانتماء إلى الجماعة الوطنية وكيانها عن أي انتماء سياسي جزئي آخر داخل الدولة نفسها،
- ينبغي النظر إلى مواطني الدولة على أنهم كائنات حرة عاقلة وأن نظام الحقوق والواجبات هو من صنع هؤلاء،
- في التربية على المواطنة يكون جميع المواطنين متساوين أمام القانون،
- سلطة الدولة محصورة في نطاق الخير المشترك لأعضاء الدولة كأفراد وجماعات، وكل مواطن له الحق في التعبير عن رأيه الخاص مع احترام تعدد الثقافات والاعتقادات،
- الاهتمام المتوازن بحقوق وواجبات المواطن، وكذا حقوق وواجبات الدولة، بما يفيد بوحدة المصير المشترك الذي يجمع المواطن بالدولة.
- أما صفات المواطن الصالح فتتحدد فيما يلي:
- الإسهام الفعال في بناء المجتمع، واتخاذ قرارات في مواجهة مشكلاته
- امتلاك مهارات التفكير اللازمة للتكيف مع حضارة العصر والتعايش معها.
- معرفته لتراث المجتمع وقيمه ومعتقداته ونظمه
- المشاركة الكاملة للحياة السياسية والاجتماعية
- التزود بمهارات التحليل والتعليل والاستقصاء، لمواجهة مشكلات المجتمع المختلفة

- الالتزام بالمحافظة على انجازات المجتمع وتطوره
- تقدير الحرية والعدالة والمساواة
- القدرة على التفكير الناقد وتقديم الرؤى الخلاقة

والحقيقة أن هناك اهتمام ببناء المواطنة في المناهج التعليمية، إذ كانت منبثة في ثناياها، لكنها اتخذت صوراً تقليدية خاصة، وأنها مندرجة في المواد الشرعية حيث تأتي على صورة قيم خلقية ومطلوبات دينية – ومعلوم أن عامة المطلوبات الدينية ذات عموم – دون ربط لها بالإطار الوطني، لا أقصد حصرها فيه، ولكن بيان الجانب التطبيقي لها في دائرة الوطن وهي الدائرة الأولى لأغلب تلك المطلوبات؛ فقوله تعالى: (وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان) (سورة المائدة : الآية2) شامل لكل المسلمين في كل مكان ومع أي إنسان مسلماً كان أو غير مسلم، لكنه واقعاً يتبلور في المجال الوطني بأوضح صوره وأولها، ونهيه سبحانه عن التنازع والتقاطع أيضاً عام، ولكنه يصدق بالدرجة الأولى المباشرة على الناس الذين يضمهم مجتمع واحد.

إن المطلوب هو تفعيل قضية المواطنة مستلهمة من الشريعة ومصبوبة في قوالب معاصرة، فالناس الآن لا يعيشون مع القرآن فقط ولا مع كتب الآداب التراثية وحسب؛ إنهم يعيشون عصرهم بصيغه الحضارية في حقوق الإنسان والمواطنة وغيرها، ومن ثم يحتاجون خطاباً مواكباً لعصرهم، حيوياً، يصوغ الفكرة ومن ثم يحدد الموقف ليحقق مواطنة تجمع بين الإسلامية والعصرية في آن.

إن أهم مرحلة لبناء (المواطنة الفاعلة) ولسائر القيم هي مرحلة الطفولة والنشوء التي تجعل الشخص يعيش المواطنة فكرةً ووجداناّ، فكم هم الذين استوعبوا الوطنية فكراً ويصيحون بها ولكنهم في واقع حياتهم لا يكترثون بها بل ربما استغلوها لتحقيق مصالحهم الأنانية، إن السبب أن هذه القيمة (المواطنة)

لم تحتل وجدناهم منذ الصغر بحيث يشعرون أنها الأصل بالنسبة لوجودهم أكثر من شخصياتهم وأن قيمتهم وعزهم يكون بالتضحية لها فضلاً عن بذل الطاقة لخدمتها. لن أكتب خطة ريّادية لبناء المواطنة تربوياً فهذا ما لا يمكن أن يقوم به فرد، ولكني سأشير إلى بعض العناصر التي لا بد منها لتحقيق بناء المواطنة في الميدان التربوي، تقوم هذه العناصر في المنهج المدروس، وفي تدريس المعلم، وفي أنشطة المدرسة غير الصّفية.[1]

وفي هذا الإطار؛ فالواقع الاجتماعي يكشف عن وجود خلل على مستوى مخرجات العمل التربوي، وإن السلوك الاجتماعي – للمواطنين عموما– يمكن تصنيفه على أساس أنه في أغلب الأحيان ضد الوطنية، كما لم تعد مبررة الأخطاء التي يرتكبها الكثيرون باسم المواطنة أو بسبب جهلهم بهذا المفهوم وأبعاده.

خــاتمة:

من خلال تناولنا لمفهوم وسلوك المواطن– بغض النظر عن الجنس– المواطنة في المقاربة الإسلامية، في علاقتها بالصحة المجتمعية، تبين لنا أن دين الإسلام دين عالمي يتسم بالشمولية والصلاحية لكل زمان ومكان، في تشريعاته ذات البُعد المقاصدي، وذلك بما يحمله بين ثناياه من مقومات التكيف والتحدي والاستمرارية، وكذا قدرته على تأمين الأمن الفكري والثقافي ومنه الاجتماعي، فقد أعطى للمواطنة مفهوما واسعا وواضحا بالشكل الذي يجعل المواطن العربي والمسلم على بيّنة من أمره فيما يتعلق بالحقوق والواجبات ويدفعه إلى التفاني في خدمة دينه ومجتمعه ووطنه الكبير وحمايته من

---

[1] عبد الرحمن بن زيد الزنيدي، "**فلسفة المواطنة**"، مجلة المعرفة ، دون طبعة ، عدد ذي القعدة 1420هـ، السعودية ، ص ص: 19–20 .

الأخطار المحدقة، وذلك ما دّلت عليه الآيّات القرآنية والأحاديث النّبوية، وما ترجمته التجارب التي خاضها الرّعيل الأول من الصّحابة والتّابعين، من أجل حماية الوطن ورقيه.

وانطلاقا مما تم تناوله في هذه الدراسة فإننا نقدم مجموعة من التوصيات والاقتراحات كما يلي:

- ✓ حماية تماسك الأسرة من تداعيات العولمة عن طريق التنشئة الصحيحة.
- ✓ توعية وتحسيس المواطنين- لاسيما الشباب- بمخاطر تكنولوجيات الإعلام والاتصال على سلوكهم وولائهم لدينهم ووطنهم.
- ✓ تعريف المواطنين بحقوقهم وواجباتهم تجاه دينهم ووطنهم.
- ✓ تفعيل دور المؤسسات الاجتماعية (الإعلامية، الدينية، الجمعيات المنظمات) في تأطير الشباب وحمايتهم من الاستغلال والاغتراب.
- ✓ إنشاء مراكز متخصصة لمواجهة أشكال الهيمنة والغزو الثقافي.
- ✓ الاهتمام أكثر بالثقافة المحلية الايجابية وتعليمها للأجيال.
- ✓ بناء المناهج الدراسية وفق الأسس الاجتماعية والثقافية للمجتمع
- ✓ بناء جسر من الثقة والتعاون بين الحاكم والمحكوم وبين المؤسسات.

❋❋❋

قائمة المصادر والمراجع

أولا: المصادر

1-القرآن الكريم

2- كتب الحديث

ثانيا: المـراجع

1-الكتب :

1-السيد يس، المواطنة في زمن العولمة – دون طبعة، 2002 ، السعودية

2-أبو الحسن الندوي – ماذا خسر العالم بانحطاط المسلمين؟، مكتبة الايمان، 2010 مصر

3-محمود خليل أبو دف، تربية المواطنة من منظور إسلامي، كلية التربية- جامعة غزة الإسلامية–فلسطين،1424هـ-2004م

4-محمد الصالح الصديق، أعلام من المغرب العربي، موفم للنشر، 2000، الجزائر

2-المجلات :

5-الشهاب ج10 م 6 جمادى الثانية 1349هـ، نوفمبر1930م

6-عبد الله بن بيه، **الولاء بين الدين وبين المواطنة**، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد السادس، جمادي الثانية 1431هـ/جوان 2010م

7-عبد الرحمن بن زيد الزنيدي، فلسفة المواطنة ،مجلة المعرفة عدد ذي القعدة 1420هـ

8-محمد أرزازي، المواطنة في المنظور الإسلامي، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م

9-محمد أرزازي، المواطنة في المنظور الإسلامي، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431هـ/أفريل 2010م

10-يوسف القرضاوي، إشكالية الوطن والوطنية والمواطنة، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431ه/أفريل 2010م

11-عبد الوهاب الأفندي – إعادة النظر في المفهوم التقليدي للجماعة السياسية- مجلة المستقبل العربي – عدد 2 -2001

12-على الكواري ، مفهوم المواطنة في الدولة القومية.- مجلة المستقبل العربي عدد 2 – 2001

13-إبراهيم رحماني، مفهوم المواطنة ومقومات الوطنية في الاسلام، مجلة رسالة المسجد الصادرة عن وزارة الشؤون الدينية والأوقاف الجزائرية، العدد الرابع، ربيع الثاني 1431ه/أفريل 2010م

14-الذوادي قوميدي، الروح الوطنية وصناعة الأجيال: في مجلة رسالة المسجد، العدد الثاني، وزارة الشؤون الدينية- الجزائر 1432ه الموافق ل

ثالثا :المواقع الالكترونية :

15-عبد الناصر الخنيسي،حب الاوطان من الايمان ، تم استرجاعه بتاريخ 21 مارس 2018 على الساعة 8:33 على الرابط http://alchourouk.com/99618/687/1/

الظروف السوسيو – اجتماعية واثرها على وضعية المصابين بداء السرطان في المجتمع الجزائري

✍ نـــادية سعيد عيشـــور
استاذة التعليم العالي في علم الاجتماع
جامعة محمد لمين دباغين– سطيف2 / الجزائر

ملخص:

تتناول المقالة الحالية الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتعليمية والنفسية...للمصابين بداء السرطان في الجزائر، منطلقين من إثارة الإشكال حول ماهية وطبيعة الظروف السوسيو– نوعية، التي يشغلها أفراد مجتمع الدراسة والتي من شأنها أن تؤثر على نحو أكبر في الوضعية الصحية للمصابين بهذا الداء وآليات ممارسة هذا الأثر، معتمدين المنهج الوصفي بتقنياته المعروفة: الاستمارة والملاحظة وشبكة المقابلات مع تحديد دقيق لعينة مجتمع الدراسة، مستعينين كذلك بطريقة دراسة الحالة، بهدف تقديم صورة تحليلية دقيقة متكاملة وشاملة لجميع الأبعاد السوسيولوجية للظاهرة المدروسة.

الكلمات المفتاحية:

الظروف السوسيو– الاجتماعية، نمط الحياة، الوضعية الصحية المريض بداء السرطان، الثقافة الصحية، الوعي الصحي.

مقـدمة

لطالما أُعتبرت الصّحة؛ مفهوما فضفاضا، أُشير به إلى أكثر من حالة ووُصفت به أكثر من وضعية، ونُظر إليه من نّواحي عدة؛ فقد عَنى (أي المفهوم) التوازن والسّواء البيولوجي للإنسان، من حيث قدرته الجسدية على

ممارسة الحركة والنشاط بكل يسر، كما عكس، على الصعيد الفكري والسيكولوجي؛ السَواء والاتزان والمنطقية والرشد، وكلها مؤشرات لسلامته العقلية والنفسية، وبقي التكيف والتوافق والاندماج؛ مظاهر تروم للتعبير عن توازنه وتوافقه وحيويته من الناحية السوسيولوجية[1].

لا غرو في كون انتعاش "**الثقافة الاستهلاكية**" في الوقت الحاضر مدعومة بتجذر "**الثقافة غير الصحية**"، ناهيك عن حملات الإغراء والإشهار والجذب والاستقطاب، في مجال الترويج للخدمات والسلع الاستهلاكية، عبر تقنيات الصناعات الابداعية في مجال تكنولوجيا الاتصال؛ بمقدورها أن تهيء حظوظ التّمكين لتراكم مسببات الإصابة بالأمراض الاجتماعية، فهي أمراض؛ قد ترتبط مؤشراتها وظيفيا بنمط وأسلوب الحياة العصرية.

فبالأمس القريب شكل الإنسان محورا؛ تمركزت حوله مبادئ استراتيجيات التنمية في السياسة الرأسمالية الكلاسيكية، واليوم في ظل الليبرالية العالمية؛ أضحى المحور ذاته الأكثر استئثارا باهتمامات أغلب مؤتمرات التنمية المستدامة، التي أثبتت أنه كان ولا يزال، ضحية لأخطائه البشرية، عبر سلسلة من انعكاسات خياراته الاقتصادية المفرغة تماما من أبعادها الأخلاقية الرشيدة وعليه؛ بات واضحا أن الإنسان هو من يلحق الأذى بنفسه وبمحيطه، وفي الوقت ذاته هو من يخوله عقله تجاوز أسباب الإضرار بالبشرية، والانفلات من الانزلاق نحو متاهات الخطر المحقق صحيا وبيئيا حاضرا ومستقبلا.

ولا شك أن تداعيات الاهتمام الدولي بقضايا التنمية وتحديدا التنمية المستدامة؛ كان له الأثر في توضيح أهمية الاهتمام بالصحة العامة، من خلال نشر الوعي الصحي والبيئي وتكريس كل الإمكانات والسبل تحقيقا لهذا الهدف

---

[1] نادية سعيد عيشور: **الوضعية الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الانجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة سطيف**، مجلة التغير الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الثاني، فيفري2017، ص43

الإنساني العالمي، ومنه الاتصال البيئي وتفعيل البحث العلمي والمنشورات والمطبوعات وغيرها، ولا شك أيضا أن هـذا، ربما سيكون له التأثير الكبير في التقليل من الإصابة بمختلف الأمراض التي لُفّقت لهذا العصر كواجهة تمنحه بصمة تأريخ تذكره بها لدى الأجيال في المستقبل.

وإذا كان حظ الدول المتقدمة في أن تحرز بعض الوعي الصحي والبيئي لتتراجع عن أداء دور المجرم المتعنت؛ بسبب وجود الوعي المدني، المفعل عبر مؤسساته الحية ذات النّشاط الرقابي المتّقد؛ فإن حال العالم التابع قد يستدعي البكاء على المصير، من حيث وراثة أساليب حياة؛ ذات نوعية جودة منخفضة، مدعومة بما يشبه نمط التحضر ظاهريا، وما هو بتحضر، فيما يحمل في طيه من بواعث الخوف والأرق على مستقبل البشرية.

فأمراض العصر؛ أي الأمراض الاجتماعية، كما يحلو للبعض أن يسميها، كداء السكري وداء ارتفاع الضغط الدموي، وداء السرطان والأمراض المناعية وغيرها، تتعلق بخيارات خاطئة غير معلومة العواقب، يقبل عليها النّاس دون وعي، ويعتمدونها في المعيش اليومي إذ لا تصفو ولا تطيب النّفوس إلاّ بالتعبير عن الوجود من خلالها، نمط وأسلوب يحفوه الاستقطاب الوجداني وبتدعيم تكريسه، مع الوقت، عبر نسق سوسيو اجتماعي/ ثقافي، ولهذا، فقد تضررت عديد فئات بل وصارت ضحية لخطأ ورد في خياراتها.

أما وقد صار اليوم، بعد التقدم الذي أحرزه العلم في المجال الطبي معلوما بل ومطلوبا مراجعة هذا المعيش اليومي وتفتيش خباياه، مما قد يلحق الأذى بصانعي السلوك في معيشهم اليومي؛ فإن إعادة النظر في المسألة الصحية على الصعيد الاجتماعي، من حيث مقتضياتها السياسية والاقتصادية ناهيك عن التدخل السوسيولوجي والسيكولوجي والاعلامي يتطلب صياغة رؤية استراتيجية شاملة، يتمخض عن جهود ومساعي تجسيدها والعمل بها، من الناحية المعنوية الذاتية للأفراد؛ إشعاع الفكر وتنوير العقول، ونشر الوعي

الصحي والبيئي في مختلف الأوساط، ومن الناحية المؤسساتية؛ اقتضاء تدخل الدولة القسري؛ للتحكم في طريقة وحجم ومعايير الانتاج غير الصحي، سواء كان زراعيا، أو صناعيا، أو دوائيا أو غير ذلك...

أولا– السرطان داء العصر ؛ حقائـق وأبعـاد:

1)السرطان في العالم:

السرطان من الناحية الطبية يعني؛ حدوث انقسام غير طبيعي للخلية بسبب خلل وظيفي غير معلوم السبب. حيث ينشأ [1] عن تحوّل الخلايا العادية إلى أخرى ورمية في عملية متعدّدة المراحل تتطور عموماً من آفة محتملة التّسرطن إلى أورام خبيثة. وهذه التغيّرات ناجمة عن التفاعل بين عوامل الفرد الجينية وفئات ثلاث من العوامل الخارجية، منها ما يلي:

- العوامل المادية المسرطنة، مثل الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المؤيّنة؛
- والعوامل الكيميائية المسرطنة، مثل الأسبستوس ومكوّنات دخان التبغ والأفلاتوكسين (أحد الملوّثات الغذائية) والزرنيخ (أحد ملوّثات مياه الشرب)؛
- والعوامل البيولوجية المسرطنة، مثل أنواع العدوى الناجمة عن بعض الفيروسات أو البكتيريا أو الطفيليات.

وعادة ما يرتبط انتشاره بتوفر خمسة عوامل خطر وتحريض سلوكية وغذائية[2]؛ هي: السُّمنة أو زيادة معدل الكتلة الجسمية، قلة استهلاك الفواكه

---

[1] صحيفة الوقائع، شباط /فيبراير 2017،
/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ar

[2] Pr : Hamdi Cherif Mokhtar Cherif et autres,**3 ème ATLLAS du registre de coincer de Sétif : 1986-2016, incidente, tendance et survie** réalisé en collaboration avec : université Sétif 1, association Ennour, fondation J D P, Regione Autonoma Fruili

والخضر، قلة ممارسة النشاط البدني، التّبغ والإدمان على الخمور. حيث يعتبر التّبغ العامل الرئيس في حدوث الإصابة بالسرطان، يتسبب في وفاة 22 % سنويا من مجمل وفيات السرطانات، فيما قد يرتبط ظهوره أيضا بانخفاض مستوى كفاءة الجهاز المناعي، حيث أنّ 50 % من الإصابات تسببها الفيروسات (الالتهابات المزمنة خاصة الفيروس الكبدي وفيروس الورم الحليمي البشري (16-18) بمعدل 25% من المرضى في العالم النامي، ومنه بعض أنواع الثّآلول الجنسي (فيروس(16-18)).

من المعلوم أن خارطة انتشار السرطان في العالم، تشمل الدول المتقدمة اقتصاديا أكثر من انتشاره في الدول المنخفضة اقتصاديا، حيث تحتضن 5 من كبريات هذه الدول أعلى الأرقام وهي على التوالي: الدنمارك، إيرلندا، استراليا فرنسا نيوزيلاندا، الولايات المتحدة الأمريكية، بلجيكا، النرويج، كندا، جمهورية التشيك. إذ يحتل سرطان الرئة المرتبة الأولى، ثم سرطان الثّدي لدى النساء يليه سرطان البروستات، كما يتوقع أن يرتفع عدد المصابين إلى 21 مليون مصاب سنة 2030[1].

لقد تسبب مرض السرطان بقتل ما يربو عن 12 مليون شخص سنة 2014، كما يتوقع أن ينتشر بنسبة 70% مستقبلا خاصة في البلدان منخفضة العائد الاقتصادي بسبب ضعف القدرة على مكافحة انتشاره والتكفل الصحي بالمصابين، فحسب التصريحات الرسمية لسنة 2015 فإنّ إتاحة الخدمات التشخيصية ومتابعة العلاج لا تمثل سوى 30% فقط من حيث توفير الخدمة الطبية، فيما يعتبر التكفل الطبي وسياسة مكافحة انتشار السرطان والحد منه

Venezia, Giulia, Centre international de recherche sur le concer, Organisation mondiale de la santé, www.enour. com

[1] أسماء سعد الدين، **أكثر دول العالم اصابة بالسرطان**، 6اكتوبر 2016، https://www.almrsal.com/post/392659

أكثر تطورا في الدول المتقدمة بنسبة 90% من مجموع الخدمات التشخيصية وعلوم الأمراض التي تساهم في إمكانية التكفل الصحي[1].

من هنا فإنّ انتشار هذا المرض، خاصة في الدول الفقيرة، يؤثر بشكل سلبي على اقتصاديات الدول، من حيث ارتفاع تكلفة التكفل الصحي والعلاج خاصة في المراحل المتقدمة للمرض. ففي الجزائر قدرت الميزانية المخصصة لقطاع الرعاية الصحية ب5% من ميزانية الدولة لسنة 2013.[2]، كما أن الانفاق على مريض واحد بداء السرطان في حال متقدمة تقدر ب500 مليون دج[3].

في عالم إطباق الهيمنة التكنولوجية والسيطرة على كل شيء، نكتشف أخيرا، نحن البشر، أننا في تّحد مستمر مع أعداء مجهولين لا تزال خبراتنا بهم قاصرة، فلسنا بالكفاءة التي قد نتصورها، والتي تجعلنا نحلم بعالم بشري نشكل فيه الأقوياء. فأعداء الإنسان، منذ آلاف السنين، هم ذاتهم أعداؤه اليوم، غير أننا كلما حاولنا السيطرة عليهم، إلاّ ووجدنا أنفسنا مُقيّدين وخاضعين لشكل جديد ومباغت من هيمنتهم علينا، ما يجعلنا ندرك أننا محدودية جهودنا البشرية وأننا لّسنا بأكثر الأذكياء ولا أكبر الأقوياء. فالطفيليات، البكتيريا، الجراثيم والفيروسات أعداء ومحاربين قُدامى، لم تستنزف العقاقير قوتهم لكنهم يطورون كفاءتهم باستمرار لمواجهة ما يتم اكتشافه. ففي «عام 1960 ساد الأوساط الطبية اعتقاد عبر عن عجرفة علمية؛ وذلك حين اعتقد الأطباء أمام ثورة البنيسيلين والأمبيسيلين وبعدها الأموكسيسيلين وسيفاسلوسبيرين، بأن الالتهابات هي شيء سيزول ويقضى عليه! وكان أن ظهرت بكتيريا سميت Gross

---

[1] Hamdi Mokhtar cherif : Atlas, voir :

[2] أسماء دريسي: **"تطور الانفاق الصحى فى الجزائر ومدى فاعليته فى اصلاح المنظومة الصحية فى الفترة (2004-2013)"**، مجلة المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد (6) سنة 2015، ص150

[3] أ د/ حامدي مختار الشريف، مقابلة مقننة، بتاريخ يوم: 23 جانفي 2018 على الساعة الثانية بعد الزوال بدار الصبر- مدينة سطيف.

resistance وهي نوع من البكتيريا لديها مناعة ذاتية ضد البنيسيلين وزملائه وصارت هذه البكتيريا تفرز أنزيمات سميت Penicillinese enzymes إذًا ازدادت قدرة البكتيريا على مقاومة مضاداتها»[1].

إنّ هذا التّحدي؛ يزداد قوة في الطرح لدى الأطباء والباحثين، يوما بعد يوم، لا سيما عند البحث عن اكتشافات لمقاومة الفيروسات وهي الأخطر في حالة السيدا والسرطان وداء السكري وغيرها من الأمراض المتطورة.

2) الســرطان؛ الوقاية والعلاج، الخطـوات والأمل في الشفاء:

- الــوقاية:

في البداية تشكل الوقاية من الإصابة بأي نوع من الأمراض صمام الأمان بالنسبة للصحة والسواء، واذا اعتبرت الصحة تّاج فوق رّؤوس الأصّحاء؛ فإنّ الوقاية هي كذلك، وسّام على صدور الأذكياء والحكماء من النّاس. ولذلك يعتبر اتباع نظام حياتي وغذائي صحي من مظاهر ومؤشرات الرقّي الإنساني. نحاول عرض أهم ما يجب أن يشتمل عليه النظام الغذائي والحياتي الصحي حسب ما جادت به أنامل العلماء والباحثين وتصريحات الأطباء والخبراء والمتخصصين المشار إليهم في قائمة المراجع، فيما يلي:

- **تبني فلسفة حياة تفاؤلية؛** في مجال الحياة يمكن اتخاذ شعار" عش لدُنياك كأنّك تعيش أبدا، وعش لآخرتك كأنّك تموت غدا"، "فالمؤمن لا يخاف الموت، إنّه زّائر لابد من لقائه، وقادم لا ريب فيه، والخوف لا يرده والجّزع لا يثنيه (..) يهون الموت على المؤمن أنّه سبيل النّاس قبله من النّبيّين والصّديقين والشّهداء والصّالحين، فلا عليه إذا اقتفى أثرهم، وسار في دّربهم، إنّ الموت خطب؛ قد عظم حتّى هان، وخشن حتّى لاّن، إنّه

[1] محمد جهاد شعبان: **الطب والحياة**، الطبعة الثانية، دار المعرفة، بيروت- لبنان، 2010، ص8

بّلية عمت، والبّلايا إذا عمت طّابت"[1]، أما في مجال الغذاء: ثمة شعار ناظم للوظائف الحيوية للجسم في علاقتها باحتياجاتها من الطاقة والعناصر، "نحن قوم لا نّأكل حتى نجوع، وإذا أكلنا فلا نشبع"، حياة تقوم على الموازنة بين النّشاط والراحة، بين امداد مكونات الإنسان بغذائه الأنسب وبالمقدار الأنسب، إذ أن حالة السواء والصحة والعافية لا تكتمل إلّا باكتمال اشباع حاجات جميع هذه المكونات، فغذاء الروح الايمان وغذاء العقل العلم السليم، وغذاء النفس الترويح والشهوات، وغذاء الجسد الطعام والشراب والنوم والتنفس والجنس. وكل هذه الحاجات إنّما يتم ضبط إشباعاتها بمعايير وضوابط موضوعية تحقق الصالح العام للمجتمع وللأفراد أنفسهم، فلا ضرر ولا ضرار ولا إفراط ولا تفريط.

- **تبني نظام غذائي ينمي الصحة؛** يعتبر شرب الماء النّقي بكثرة بمعدل لتر ونصف لتر إلى لتين في اليوم- كأس لكل ساعة- من العناصر المهمة للمحافظة على رطوبة الجسم وعلى مساعدة الأجهزة العضوية في قيامها بوظائفها الحيوية على أحسن صورة، ولذلك فإن مرافقة شرب الماء لنشاط حركي بمعدل ساعة يوميا، يمكن أن يخلص الجسم من جميع السموم عن طريق التعرق والتبول. كما يعد الاحتفاظ بالوزن المثالي- نصف الطول- من العوامل المفيدة في وقاية الجسم من عديد الأمراض المزمنة، كداء السكري والتهاب وهشاشة العظام وارتفاع الضغط الشرياني، وهذه تعتبر لوحدها عوامل تحريضية لتكاثر الخلايا السرطانية. إنّ عملية تفادي الزيادة في حجم الكتلة الجسمانية لا يعتبر أمرا صعبا إذا ما اعتبرناه من ناحية أولى: أمرا مرغوبا طبيا أصبح يأخذ حيزه من الاعتبار الثقافي التقليدي لا سيما في المجتمعات

[1] يوسف القرضاري: **الايمان والحياة**، مؤسسة الرسالة، بيروت- لبنان، الطبعة التاسعة عشرة، 1998، ص132.

العربية والافريقية، حيث تفضل المرأة البدينة على المرأة النّحيفة عند الإقدام على الاختيار الزواجي، ومن ناحية ثانية فإنّ عملية تخليص الجسم من فائض الدُّهون المُشّبعة والمترسبة في مناطق الأرداف وأسفل البطن في العموم مهمة، لكونها تزيح أحد العوامل المضرة بالصحة، إذ جدير بالاهتمام أنّ ندرك أن هذه الترسبات من الدهون تعمل على إفراز مواد كيميائية ضارة؛ تتجه فور تحررها نحو مستقبلات الأنسولين فتقوم بتعطيل نشاطها وإحداث خلل وظيفي بها ما يتسبب في نقص إفراز هذه المادة وتعريض الجسم للإصابة بداء السكري وارتفاع الضغط الشرياني ومشاكل أخرى.

- **النظام الغذائـي، شبع ومتعـة**؛ بطبيعة الحال خلق في هذه الدنيا كل شيء بقدر، وكل ما يزيد عن حده يمكن أن ينقلب إلى ضده إلاّ شرب الماء، وحلاوة الإيمان؛ فإن الزيادة فيهما أساس لزيادة نبض الحياة في الجسد ونبض السّكينة والسّعادة في القلب. يفترض حسب المتخصصين أن يتجه الاستهلاك الصحي نحو تفضيل الخضار والفواكه في مقابل التقليل من الحبوب واللحوم (حصة بمقدار 100غ يوميا- 500غ في الأسبوع). وفي ذلك يجب مراعاة تصنيف زمر الدم لدى عامة الناس في علاقتها بمنظومة الغذاء والنشاط البدني، فالأكل يتحول إلى متعة حقيقية إذا ما تمكن من تحقيق لوازم العافية، فيما يكون العكس إذا ترتبت عنه مشاكل هضمية (المعدة والقولون) يمتد أثرها إلى الاصابة بأمراض مناعية كالحساسية وداء السيلياك، ثم السرطان. منظومات الغذاء المضادة للأكسدة، حيث تصنف إلى ثلاث: الخضراء (مثل البروكولي والخس والبقدونس، الفلفل الأخضر البازيلاء..) الحمراء (الطماطم، الشمندر، البرتقال، الفراولة الفلفل الأحمر، الجزر..) والبيضاء (مثل القرنبيط، البصل الأبيض الثوم

البطاطس..)، فهذه تساعد على اشباعات متوازنة وصحية لكونها غنية بعناصر تحقق التوازن وتنظم عملية الأيض وتوفر الأنزيمات ذات الوظائف المساعدة في التفاعلات الخلوية و التي لا يمكن الاستغناء عنها في أداء الأجهزة لوظائفها ومنها نذكر (مجموع الفيتامينات (أ) و(ب) و(ج) -1 إلى 12، أميغا 3، وأميغا 6 وأميغا 9، الكربوهيدرات والنّشويات بدرجة أقل، فالبروتينات النباتية والحيوانية بدرجة أقل). حيث أنّ لهذه الفيتامينات أهمية في عمليات الأيض وأيضا في وقاية الجسم من التّلف ومنه أهمية فيتامين ب6 وب12 في حماية الأعصاب من التلف، وأهمية ب7 في حماية الشعر من السقوط وأهمية أميقا 3 و6 و9 في تسهيل عمليات التمثيل الغذائي ومنع الإصابة بالكوليسترول الضار، وأهمية فيتامين ك2 في تثبيت فيتامين د3 والكالسيوم في العظام والحيلولة دون ترسبها على جدران الأوعية الدموية وسد الشرايين.

- **نظام استهلاكي غذائي سّيء، وتجنبه يعد فرض عين؛ إنّ** اتقاء الإصابة ببعض الأمراض يشترط المحافظة على توفير وسط قلوي كبديل عن الوسط الحمضي، حيث أن هذا الأخير يشكل البيئة الملائمة لانقسام وتكاثر الخلايا السرطانية[1] كما هو كذلك بالنسبة لتكاثر الفيروسات والبكتيريا الضارة والطفيليات والجراثيم. وهنا وجب العلم أنّ النظام الغذائي المتبع هو المسؤول بشكل مباشر عن تحقيق هذا الوسط، حيث يفترض ابتداء بموجب الوعي الصحي تجنب مسببات خلق الوسط الحمضي، والتي تشمل تناول اللحوم الحمراء بكثرة، كما ويضاف إليها تناول الحليب ومشتقاته، هذا إلى جانب دور

---

[1] يمكن الرجوع إلى كتاب: عادل عبد العالي: **مرض السرطان، سلسلة بوابة الحياة**، شركة فجر الإسلام، الطبعة الأولى، 2015.

السكريات والنّشويات التي تتحول كلها، عبر عديد العمليات، إلى دهون مشبعة ضارة بالصحة العامة، حيث تدفع إلى بروز الشكوى من الالتهابات المختلفة، وينتهي تطور الإصابة بها إلى التهابات المفاصل وداء النقرس والشلل والهشاشة[1] وغيرها. فالمشكلة التي يتصورها بعض الخبراء في مجال الطب أنّ الزيادة في معدل استهلاك البروتينات الحيوانية أو حتى النباتية يسبب مشاكل تتعلق بإثارة حساسية مُولدات الأمعاء[2]، تماما كما يسبب زيادة حمض اليوريك (Urique) في الدم داء النّقرس فالبروتينات المتواجدة في اللحوم الحمراء ثبت، مخبريا إدانتها كواحد من مسببات السرطان في الغرب، فيما ثبت أيضا أن مجمل التحسينات التي تم إدخالها على إنتاج محاصيل زراعية ذات جودة عالية، ترتب عنها جلب أضرار لصحة البشر، ومنه على سبيل المثال ارتفاع نسبة الفيتامينات في قشور حبوب القمح إلى 14 بالمائة بعدما كان قديما يقدر بنسبة 2 بالمائة، هذه الزيادة لم تكن محمودة في الأوساط الطبية فيما يروج خارج هذا السرب أن تناول الحبوب الكاملة مفيد للصحة والعكس هو الصحيح، إذ يفترض التقليل من تناول الحبوب سواء كانت كاملة أو مكررة كالسميد الأبيض والسكر المكرر وأيضا الأرز المكرر، مع العلم أنه يعد مصدرا للبوتاسيوم وهو مهم إلى جانب المغنيزيوم لعمل العضلات. هذا فيما تعلق بالوسط الحمضي

---

[1] **أنظر كتاب:**

- مارغريت هيلز: **كيف تعالج التهاب المفاصل دون استخدام أدوية**، دار الفاروق للنشر والتوزيع الطبعة العربية الأولى2006، (دار النشر الأجنبية: شيلدون برس، 2001.)
- حسن سنارة: **العمود الفقري، آلامه وأمراضه**، كتاب المعارف الطبي، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الثانية، 1999.

[2] بيتر دادامو. كاثرين ويتني: **الحساسية، العلاج بحسب فئات الدم . 4 فئات دم و4 أنظمة غذائية**، ترجمة فاتن صبح، تدقيق: فادية عبدون، شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت– لبنان، 2008.

وعلى غرار ذلك يشكل الوسط القلوي الوسط الأمثل لتحقيق التوازن في التفاعلات الحيوية بالجسم، وهنا لا مناص من التشديد على قيمة الخضار والفواكه الطازجة، الموسمية والطبيعية، أي غير الخاضعة لتعديل جيني أو تغليف كيميائي أو حقن هرموني، وكذلك الأمر بالنسبة للحوم البيضاء والأسماك والدهون غير المشبعة (مصدر الكوليسترول النافع).

- في هذا الصدد يجب التنبيه إلى الأضرار النّاجمة عن زيادة تناول ملح الصوديوم والسكر والطحين الأبيض، حيث أن معدل احتياج الجسم من الصوديوم يوميا لا يجب أن يزيد عن ملعقة قهوة في جميع المأكولات، كما أنّ السكر المكرر والمتواجد أيضا في النّشويات والفواكه وبعض الخضر كالجزر والشمندر وغيرها، له أضرار جانبية وينص بتجنبه اطلاقا. حيث ثبت مخبريا، أن تجويع الخلايا السرطانية لغرض قتلها وتدميرها، يعني القلع عن تناول جميع السكريات بما فيها حتى الطبيعية كعسل النحل مثلا، وهذا يحدث لدى مرضى سرطان الدم مثلا. كما يؤدي تناول السكريات إلى الإصابة بمرض السمنة، هذا الأخير الذّي يتحول إلى بوابة عديد الأمراض بعدما يزيد عن 25 كيلو فوق وزن نصف الطول، فإذا ما بلغ الوزن العام للشخص 10 كيلو؛ يعني الإصابة بفقر الدم وأمراض القلب وداء السكري والتهابات متعددة أوكلها مجتمعة.

- **تخليص الجسم من الأشعة الضارة إجراء أكثر من ضروري؛** يتعرض الإنسان يوميا لاستقبال أنواع عدة من الأشعة المنبعثة من مصادر طبيعية، كالشمس أو غير طبيعية كوسائل الإعلام والاتصال وأجهزة الكومبيوتر وأجهزة العمل الالكترونية، هذا بالإضافة إلى الأشعة

السّينية أو أشعة الماموغرافي* أو الأيكوغرافي التي يخضع لها عند الفحوص الطبية الدورية. ولهذه الأجهزة أضرار عديدة تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة، فمثلا يمكن للمداومة على وضع جهاز الكومبيوتر المحمول على الأطراف السفلية أن يتسبب في العقم لدى الذكور، كما ثبت علميا أن مجرد سّماع نّغمة الجوال تعطل العمليات العقلية لا أقول لمدة ثلاث ثوان بل لمدة ثلاث دقائق، كما أنّ التعرض الطويل لأشعة الشمسية دون وّاقي يمكن أن يسبب الإصابة بسرطان الجلد، وكذلك الأمر بالنسبة للأشعة التي يخضع لها المريض حيث أنّها تشتمل على عناصر مسرطنة، يزداد خطرها بتوفر عوامل الخطر لدى الشخص، لا سيما ضعف كفاءة الجهاز المناعي، الإدمان على التدخين وتعاطي الخمر والمخدرات بل وحتى المنبهات كالقهوة مثلا**، ولهذا ينصح بالقيام بخطوات إجرائية ثلاث، لتجنب تفعيل دورها المسرطن لخلايا الجسم وهي:

. الوقوف تحت شلال الماء الفاتر أو البارد، النّازل من الأعلى إلى الأسفل؛

. إطالة السجود، لأنه يسمح باندفاع الهالة السوداء من الطاقة السلبية الى محل الجاذبية الأرضية.

. المشي حافيا على التّراب في المروج الخضراء.

* فأشعة الماموغرافي Mammographie مثلا يمكن أن تبقى سابحة في الجسد وتنتشر وتتوزع فيه تدريجيا ابتداء من تاريخ إجراء الفحص الى غاية 6 أشهر كاملة، كما أن أشعة السكانار Scanner أو ايارام IAREM تستمر لمدة أطول فيما يكون خطرها مضاعف لاسيما إن أصيب الإنسان بانهيار أو ضعف على مستوى كفاءة الجهاز المناعي.

** حيث ثبت علما أن تناول أكثر من ثلاث فناجين قهوة يوميا يعرض صاحبه لخطر الإصابة بالسرطان حيث يمكن الخطر في عملية تحميصها، حيث أن عملية حرق السكر يفرز عناصر كيميائية يكون لها الفضل في إثارة وانتعاش الخلية السرطانية. ومن هذا المنطلق فرضت المحكمة الدولية في الولايات المتحدة على المتاجر اعلام الزبائن بخطر القهوة وعلاقتها بداء السرطان وجعلته الزاما قانونيا- تم عرضه في شهر أفريل على قناة France 24 . علما أن نسبة السكر الموجودة في القهوة في الأسواق الجزائرية هي 3 بالمائة.

. تمكين الأكسجين من الوصول إلى جميع الخلايا العصبية والعضلية والعظمية والسحائية واللمفاوية عن طريق زيادة حجم ضربات القلب بواسطة ممارسة نشاط رياضي ملائم. "لكي تحتسبوا أقصى سرعة يمكن أن ينبض بها قلبكم: اطرحوا عمركم من الرقم 220، ثم اضربوا الفرق ب(0'70) أو ب(0'60) للحصول على الحد الأدنى لمستوى أدائكم."[1]

كما يمكن مساعدة أجهزة الجسم المكلفة بالتخلص من السموم "الكبد والكلى"، من خلال تناول ثلاثة أنواع من المأكولات، هي:

. الخرشوف– القرنون

. التفاح أو خل التفاح الطبيعي

. اللّفت والشيح(مضاد طبيعي للالتهابات خاصة الكلى والمفاصل).

وفي الأخير لضمان حياة مستقرة وخالية من التوتر والشّجن يمكن اللّجوء إلى:

- اختيار الأصدقاء الإيجابيون والطيبون والحيويون
- القناعة والرضا بالقليل فالعبرة بنوعية الحياة وبما نمنح وليس بما نملك
- عدم الثقة فيما يعرض على القنوات، فقد يكون إعلاما يستهدف الحرب النفسية، ولذلك من المهم تجنب مشاهدة أفلام الدراما والعنف والأخبار المؤلمة، والموسيقى الصّاخبة والاستعاضة عنها بسماع القرآن الكريم.

بالنسبة للمعرضين للإصابة بداء السرطان من الناس يمكن تحقيق الوقاية[2]:

- الحرص على تجنّب عوامل الخطر المذكورة أعلاه؛
- التطعيم ضدّ فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B؛

[1] بيتر دادامو وكاثرين ويتني، مرجع سابق، ص82.

[2] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ar/

- السيطرة على الأخطار المهنية؛
- التقليل من التعرّض للأشعة فوق البنفسجية؛
- التقليل من التعرّض للأشعة المؤيّنة (التصوير بالأشعة لأغراض التشخيص المهني أو الطبي).

وقد يحول التطعيم ضدّ فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B دون وقوع مليون حالة سرطان سنوياً.

كما أن الالتزام بنظام غذائي صحي ومتوازن يمكن أن يحقق قدرا كبيرا من الوقاية بسبب دوره في رفع كفاءة الجهاز المناعي في الجسم.

- العـــــلاج:

للعلاج مراحل وخطوات حسب درجات المرض ومراحل تطوره. فإذا كان للمرض سبعة درجات، فإنّ احتمالية الشفاء تكون فرصه متاحة في المراحل المبكرة من اكتشاف المرض "**الاكتشاف المبكر للمرض**"، ومن هنا يكون أمل الشفاء مرتفعا، فيما يمكن إتاحة الرعاية الملطفة لمساعدة المرضى الذين تجاوزوها إلى مراحل متقدمة. حيث تسهم في توفير أكبر قسط من الراحة والعناية النفسية والصحية.

أهم خطوات ومراحل العلاج قبل الإصابة بالسرطان[1]: استئصال الأورام الحميدة القابلة للتحول إلى أورام خبيثة (عملية الفرز). الجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج الاشعاعي،

عمليا أكثر أنواع السرطان استجابة للعلاج وحصول الشفاء التّام؛ هما:

- سرطان الثدي.
- سرطان البروستات
- سرطان الدم اللوكيميا(الأطفال)

[1] OP Cite.

من هنا تكمن أهمية الوعي الصحي وأهمية المتابعة الدورية لغرض الكشف المبكر.

- أثبتت دراسات حديثة أن ممارسة المرضى للرياضة (البساط المتحرك) 5 مرات أسبوعيا يساعد في شفاء مريضات سرطان الثدي[1].

وهناك من قدم رزنامة لأنواع العلاجات المفيدة للمصابين بهذا الداء نوجزها فيما يلي[2]:

- علاجات روحية: تتضمن الصّلاة والدّعاء واللّوذ بالله، وطلب الشفاء، والتّأمل بالله خيرا؛
- علاجات نفسية: الثقة بالعلاج، الثقة بإمكان الشّفاء من المرض رفع المعنويات، مجالسة الأشخاص الذّين يحبهم المريض ويحترمهم، طلب العلاجات الشافية والقراءة عنها وعن المرضى الذين شُفوا تماما من السرطان، الخروج الى الطبيعة؛
- علاجات فيزيائية: الرياضة الخفيفة، الاسترخاء لإزالة الجهد والضغط النفسي، استنشاق الهواء النقي، اليوغا، الإبر الصينية (التي تخفف الام السرطان وتنبه الطاقة الحيوية)، المسّاج؛
- علاجات نباتية: النباتات المضادة للأورام، النباتات المحللة والمهاجمة للأورام، النباتات الرافعة للمناعة..؛[3]

---

[1] قناة القسيم الفضائية، **نشرة المعلومات الطبية عبر الشريط المتحرك**، عرض في شهر ديسمبر 2017 الساعة الثالثة مساء بتوقيت الجزائر.

[2] عبد الرحيم يوسف: **علاج السرطان بالأعشاب والعلاج البديل**، دار الخير، بيروت-لبنان، الطبعة الثانية 2009، ص ص: 13-14.

[3] للتفصيل في هذه النقطة يمكن الرجوع إلى كتاب:

- محمد جهاد شعبان: **الطب والحياة، كيف يكون طعامك غذاء ودواء**، دار المعرفة، بيروت- لبنان الطبعة الثانية، 2010.
- حسين الرودي: **صحتك في كل شيء**، دار ابن حزم، بيروت- لبنان، الطبعة الاولى، 1997.
- ابن القيم الجوزية: **الطب النبوي، من زاد المعاد في هدى العباد**، دار ابن حزم، بيروت- لبنان الطبعة الأولى، 2003.

- علاجات غذائية: فيتامينات وأملاح معدنية، سواء من مصادرها الطبيعية أو اضافات؛
- علاجات وقائية: حمية؛
- علاجات كيميائية: كالأدوية السرطانية التقليدية، مثل الفلوروبوراسيل، والفينبلاستين، والكولشيسين، والخردل الأزوتي؛
- علاجات ملحقة: مثلا علاج الأوزون، والعلاج بنقص سكر الدم؛
- علاجات مناعية: مثل تطعيم كوليه وعلاج الكافور..
- علاجات أنزيمية: كالأنزيمات الهاضمة للبروتين..

3) السـرطان فـي الجزائر:

سارت السياسة الصحية في الجزائر على هدى أهداف السياسة الوطنية الشاملة من خلال تحسين مستويات الصحة العمومية عبر سن قوانين وبرامج صحية تستهدف عملية التحسيس ونشر الوعي الصحي كاستراتيجية وقائية هذا من جهة، ومن جهة ثانية أهتمت بالتخطيط لمكافحة بعض الأوبئة الفتاكة الأكثر انتشارا في أوساط المجتمع كمرض السّل وبوحمرون والملاريا وغيرها[1] مّا ترتب عنها ارتفاع نسبة المواليد وانخفاض في نسبة الوفيات، زيادة إلى ارتفاع متوسط العمر لدى الجنسين. ومن جهة ثالثة وفي سعيها لتحقيق التوازن بين الإنتاج والاستهلاك وبين النمو الديمغرافي والنمو الاقتصادي؛ تمحورت جهود الدولة حول دعم سياسة تنظيم النّسل من أجل خفض معلات الخصوبة، وفيما نلاحظ انخفاضا في مستوى انتشار الأمراض المعدية ونقصا في معدلات الخصوبة؛ نجد بالمقابل مضاعفة في انتشار الأوبئة غير المعدية (خلال مرحلة التحولات الوبائية) التي ترافقت

[1] Pr : Hamdi Cherif Mokhtar Cherif et autres, Ibid. p23

ومرحلة التحولات الاجتماعية ومنها: زيادة معدلات النزوح الريفي إلى المناطق الحضرية بنسبة 60 بالمائة تقريبا، وما ترتب عنها من تحولات اجتماعية طفت على سطح المعيشة من حيث تغير أساليب ونمط الحياة.

تشهد الجزائر ارتفاعا ملموسا للظاهرة، حيث تشير آخر الإحصائيات في 2016، وفق ما أكده، البروفيسور حامدي الشريف، رئيس مصلحة الوقاية وعلم الأوبئة بالمستشفى الجامعي بسطيف ومسؤول سجل السرطان؛ أن الجزائر تسجل سنويا أكثر من 45 ألف حالة مرضية جديدة، و11 ألف حالة إصابة جديدة بسرطان الثدي، وفي ولاية سطيف يتم تسجيل 1500حالة مرضية جديدة، منها 500 حالة سرطان ثدي.[1] فيما تم تسجيل العدد ذاته، أي 45 ألف حالة سرطان سنة 2014، أي ألف وخمسمائة حالة خلال أربع سنوات، وعلى غرار ما سبق التصريح به، في ما يربو عن 400 حالة إصابة جديدة تسجل سنويا.

وهذا ينم حقيقة على ضآلة الجهود المتبعة في السياسة الصحية لمكافحة السرطان خاصة في الحالات المبكرة، من جهة وعدم السيطرة على العوامل المسببة للمرض من جهة ثانية (أي العلاج والوقاية معا). في الوقت الذي ما تزال صانع القرار في الجزائر يجسد التمسك بقانون الصحة "يعود إلى ثلاثين سنة خلت على الرغم من التحولات الكبرى التي عرفها المجتمع الجزائري

[1] انظر:

- نشر غي اخبار اليوم يوم: 03-10-2016

https://www.djazairess.com/akhbarelyoum

- نشر في جريدة الشعب يوم 11- 03-2016، على الموقع:

https://www.djazairess.com/echaab

والتحولات الديموغرافية والوبائية التي أضحت في حاجة إلى سياسات جديدة ومبتكرة"[1]

وإذا كان للسرطان 100 نوع تقريبا؛ فإنّ أكثر الأنواع انتشارا في الجزائر[2] في صفوف الإناث تحديدا، نجد على رأسها سرطان الثدي، حيث يشهد سنويا تطورا رهيبا، فيما يليه سرطان عنق الرحم، أما في صفوف الذكور؛ فنجد سرطان الرئة يحتل المرتبة الأولى، يليه سرطان القولون، ثم سرطان المثانة فسرطان البروستات ثم سرطان الجلد. كما أنّ فئة الأطفال لم تسلم من الإصابة بهذا المرض الخبيث، حيث تمثل نسبة الإصابة 5 بالمائة، كما أنّ أنواع السرطان الأكثر انتشارا في أوساط الأطفال نجد سرطان الدم وسرطان المخ والكلى ثم سرطان العينين.

وفي هذا السياق، تفيد الإحصائيات أنّ 10 بالمائة من إصابات مرض السرطان في الجزائر تعود لأسباب وراثية، بينما تعود البقية إلى عوامل أخرى كالتدخين والتغذية والشيخوخة ويشير الأطباء في الجزائر إلى أن 80 بالمائة من حالات مرضى السرطان في حالات متقدمة ميؤوس منها، إذ يستعصي علاجها، في حين أن اكتشاف المرض مبكرا في مراحله الأولى يمنح فرصة حياة للمريض من 5 إلى 10 سنوات.[3]

فيما تنحصر جهود الدولة الجزائرية في مكافحة انتشار السرطان فيما يلي:

---

[1] - نقلا عن : حسيني محمد العيد: **السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث**، 1990-2012، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة ورقلة ، كلية العلوم السياسية، 2013، ص: 155.

[2] www.djazairess.com/akhersaa/3855 *le : 21 -12-2014 heure 13.40 m*
آخر ساعة نشر في آخر ساعة يوم 05 - 02 - 2010 بتصرف

[3] www.djazairess.com/akhersaa/3855 *date : le 08L12L2014*

- إعداد برامج وطنية لمكافحة وعلاج المرضى، وتخصيص ميزانية مالية لاستيراد الدواء الكيميائي.
- زيادة الهياكل والتجهيزات والمؤسسات الخاصة بالمكافحة الطبية على غرار مركز الجزائر، قسنطينة، سطيف، ورقلة، الأغواط.
- تكثيف عمليات التحسيس والتوعية الصحية في أوساط المجتمع الجزائري، عبر قوافل الحملات الوطنية للتشخيص المبكر للسرطان في 13 أكتوبر من كل سنة، لصالح فئة النساء اللّواتي بلغن وتجاوزن سن الأربعين، يتولى تنظيمها فريق من عمال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي متكون من أطباء، وأخصائيون في علم الأشعة ومساعدات اجتماعيات.

ورغم هذه الجهود؛ يؤكد البروفيسور، كمال بوزيد، أنّ ما يزيد عن 20 ألف مريض من مرضى السرطان يموتون بسبب عدم التكفل الصحي بهم[1]. فيما أعلنت منظمة الصحة العالمية أن مرض السرطان يتسبب في حالة وفاة واحدة من بين 08 حالات وفاة في العالم مسجلا بذلك عددا من الوفيات أكثر من الإيدز[2].

4) السرطان في ولاية سطيف:

حسب سجل سطيف[3] حول تطور السرطان بالنسبة للجنسين ولمختلف الأعمار؛ فإن احصائيات سنة 2011 إلى غاية سنة 2015 تشير إلى ارتفاع متزايد يصل إلى 9244 حالة سرطان. بمتوسط سنوي يقارب 1541 حالة جديدة سنويا. المؤشر السنوي للسرطان يشير إلى تزايد معدلات الإصابة في أوساط النساء على غرار الرجال. حيث يشكل 110,2 لدى النساء في مقابل

---

1 *www.alarabiya.net*
2 www.djazairess.com/akhersaa/3855 *date : le 08L12L2014*
3 Pr : Hamdi Cherif Mokhtar Cherif et autres, Ibid., p : 21.

79,6 لدى الرجال. هذا الذي يترجم النسب المئوية إذ تقدر ب 133,0 و109,9 لكل 100,00 نسمة.

إن التكرارات الرئيسة في معدلات الاصابة بالمرض بالنسبة للجنسين حسب مرجع حامدي الشريف، تقدم في الجداول الثلاثة أدناه، أكثر أنواع السرطان انتشارا في المنطقة:

- **بالنسبة للرجال:** نجد: سرطان الرئة، سرطان الأمعاء والمستقيم سرطان الغدد اللمفاوية LNH، سرطان البروستات، سرطان المثانة وسرطان البلعوم.
- **بالنسبة للنساء:** نجد سرطان الثدي، وسرطان الأمعاء والمستقيم وسرطان الغدة الدرقية، سرطان الخلايا اللمفاوية واللا لمفاوية (LNH) و(**Hodgkin**) ، وسرطان الرحم، وتمثل نسبة 68%.

الجدول رقم (1) يوضح :

تكرار الإصابة بأنواع السرطانات حسب سجل سطيف لسنوات 2011-2016[1]

الرجـــال		**النســاء**	
نوع السرطان	**TSA**	**نوع السرطان**	**TSA**
سرطان الرئة	**15,6**	**سرطان الثدي**	**55,4**
سرطان المستقيم	**13,5**	**سرطان المستقيم**	**13,8**
سرطان البروستات	**7,8**	**سرطان الغدة الدرقية**	**7,5**
سرطان المثانة	**7,2**	**سرطان الرحم**	**5,5**
سرطان LNH	**7,1**	**سرطان LNH**	**4,9**
سرطان المعدة	**6**	**سرطان المعدة**	**4,4**
سرطان البلعوم	**5,4**	**سرطان المسالك الصفراوية**	**3,4**

[1] Ibid., p 22. 23, 24 tous trois les tableaux

سرطان الدم	3.8	سرطان الدم	2,9
سرطان Hodgkin	2,6	سرطان Hodgkin	2.7
المجموع	107,9	المجموع	133,0

الجدول رقم (2) يوضح:

تكرار الإصابة لدى الرجال، حسب مختلف الأعمار لسنة 2011-2016

نوع السرطان	النسبة
سرطان الرئة	15
سرطان المستقيم	13
سرطان الخلايا اللمفاويةLNH	8
سرطان البروستات	7
سرطان المثانة	6
سرطان البلعوم (الجهاز التنفسي العلوي)	6
سرطان المعدة	6
سرطان الدم	5
سرطان الغدد اللمفاوية Hodgkin	3
سرطانات أخرى	31

الجدول رقم (3) يوضح:

تكرار الإصابة لدى النساء، حسب مختلف الأعمار لسنوات 2011-2016

نوع السرطان	النسبة
سرطان الثدي	44
سرطانات أخرى	22
سرطان المستقيم	10
سرطان الغدة الدرقية	6
سرطان الخلايا اللمفاوية (ولسيس)LNH	4
سرطان الرحم	4
سرطان المعدة	3
سرطان الغدد اللمفاوية Hodgkin	3
سرطان الدم	2
سرطان المسالك الصفراوية	2

ثانيا- تعريف وتحديد مشكلة الدراسة [1]:

1) تعريف المشكلة:

منذ الأزل والتفكير الاجتماعي ينمو تدريجيا، محاولا تطوير ظروف محيطه من أجل تأمين ظروف معيشية أحسن. وقد نجح إلى حد كبير في الارتقاء بمستواه المعيشي، كتعبير عن تطور ملكة التفكير لديه، وتطور مقدرته على التحكم في البيئة التي يعيش فيها. والعصر الحديث، بما يميزه من وتيرة جد عالية وغير مسبوقة في مجال التغيير والتعجيل به، ومن استطاعة مكنته من تحقيق قفزة نوعية في النمو السكاني، والذي ارتبط بتطور الاهتمام بالصحة وبتحسين ظروف الحياة؛ إلاّ أنّ هذا التطور نفسه قد جلب معه الكثير من الهموم والآلام والتوتر، لم تكن ضمن توقعات ومنتظرات الإنسان العصري، ولم تكن لتؤخذ في حسبانه مطلقا، ما دعاه ويدعوه اليوم، إلى إعادة النظر في طريقة تفكيره ومراجعة أسلوب حياته والتفتيش عن ميكانيزمات التعاسة البشرية في منظومة وفلسفة الرفاه الاجتماعي العصرية.

إذ يعد داء السرطان، أحد الأمراض الجسدية التي ابتليت بها البّشرية في القرن الحالي، فهو من الأمراض الاجتماعية المهددة لأمن المجتمع واستمراره في الحياة، إذ يطعن في أول حقوق الإنسان العالمية "حق الحياة" ويفصح بكل اللغات، عن عجز بشري فادح في مُجاراة خط التّوازي بين ارتفاع مؤشرات التنمية الاقتصادية مقابل ارتفاع متناسب في مستوى مؤشرات مشاعر السّعادة الإنسانية، المستهدفة أصلا في فلسفتها من لدن توفير كّل هذا الرفاه.

فلّئن كان الأمر كذلك، حيث منسوب التنمية الاقتصادية في ارتفاع وتعقد رهيب أمام عجز كبير للعلم الطبي، بكل أدواته ووسائله المتطورة، في

[1] الدراسة الحالية منشورة كاملة في الصفحة الشخصية للباحثة على قوقل. Académie. Education 08. Nadia said Aichour.

مكافحة مسببات التّعاسة الصحية التي تفرزها مختلف الإصابات الحديثة؛ فإنّه يتعين أمام هذا الوضع، مساءلة العقل قبل الواقع، إذ على ايحاءات الشك لدى العلماء، التي اتجهت نحو طبيعة وخصائص العصر الحديث ونحو نمط الحياة وخصوصياتها في ظل الوضعيات المختلفة للعمليات الإنتاجية والثقافة الاستهلاكية الراهنة، أنّ تّتجه ابتداء نحو ما يشكل خلف نمط الحياة، من تّعدي على الفطرة السليمة، وما يلّفُها من حصيلة القّيم والمعتقدات التي تحركها وتهبها قّوام الحياة.

إنّه يصعب حقا تأكيد أي جانب من هذه الجوانب، لأنّ كيان المجتمع ككيان الإنسان ذاته معقد وأبعاده متداخلة ومتساندة، هذا ما يعكسه تمظهرات وتعقد الأنظمة الاجتماعية وتداخلها وتبادل الأثر والتأثير فيما بينهما. وأمام هذا الزخم في التفاعل الظاهر والباطن، المباشر وغير المباشر يتعسر فك خيوط لغز هذا المرض وغيره من الأمراض المستعصية وطرح الإشكال ببساطة. ولئّن افترض المتخصصون في العلوم البيولوجية والطبية أنّ السبب هو انقسام غير طبيعي للخلايا وتفعيل الشقوق الحرة في ظروف بيو–كيميائية معينة، غير أن تفاعل الأسباب الخارجية والمحفزات الداخلية؛ تبقى رهينة مد وجزر بين كل هؤلاء وغيرهم ممن هم مهتمون بالجوانب غير البيولوجية كأحد مكونات الإنسان.

فمن وجهة نظر العلماء والإعلاميون والأطباء؛ إنّها تكنولوجيات الإنتاج وثقافة الاستهلاك في هذا الزمن، وتبعاتها النفسية والاجتماعية والايكولوجية والسياسية والاقتصادية والروحية...وغيرها كثير، إنّها العوامل المختلفة والمعقدة المؤثرة بوضوح أو في غموض في مجال الصحة العمومية والعالمية، والتي أضحت معيقا في طريق سعادة البشرية واستقرارها.

وإذا كانت هذه حال الدول المتقدمة؛ التي تسعى بشتى الطرق وبكل جدية لتوفير الظروف الأفضل لتسوية هذه المشاكل الصحية، باعتبار أن الإنسان هو

محور التقدم وجوهره؛ فإنّ ما يمكن أن يقال عن الدول النامية والمتخلفة عموما هو أعظم وأخطر، في ضوء قلة الإمكانات وضعف السياسات الصحية فيها من جهة، وانخفاض الجدية واعتبار الإنسان آخر اهتمامات في سلم الأولويات من جهة ثانية.

ففي الجزائر، على غرار بلدان العالم المتخلف؛ فإن لسان الحال، يقول بتنامي الإصابة بهذا الداء، حيث يسجل سنويا ارتفاع متزايد في نسبة الضحايا على غرار بقية الأمراض الاجتماعية الأخرى، وبغض النظر عن أحدث الاحصائيات الوطنية، التي لن تجرؤ على إنكار الأمر؛ فإنّ منطق العوامل السيوسيو- اجتماعية، في مواجهة اتهام نمط وأسلوب الحياة العصرية، قد يصنع المفارقة العجيبة.

من **الناحية الإحصائية**؛ فإنّ الحديث عن السرطان، يعني الارتفاع المتزايد سنويا غير المتوازن والمساعي المبذولة في سبيل التحكم والسيطرة على انتشار المرض، كما يعني **من الناحية الطبية**؛ الغموض والتعقيد، وقلة التجهيزات وقلة الإطارات المتخصصة، أي المستوى المتدني من التكفل الطبي؛ وهو **من الناحية الاجتماعية**؛ فإنّه قد يعني الرعب والخوف والتشاؤم والطّيرة والتشفي والشفقة، وأخيرا من **الناحية الثقافية والفكرية**؛ فبطبيعة الحال ليس ثمة إلاّ لُغة لتترجم لسان الحال، وتمنحه الدلالة النّقية وهي ربما انعدام أو ضعف الوّعي الصحي في المجتمع.

في ضوء ما سبق، سنركز اهتمامنا في الدراسة الحالية، من الناحية السوسيولوجية، على بحث الإشكال الآتي:

كيف تؤثر الظروف السوسيو- مجتمعية على الوضعية الصحية للمصابين بداء الســرطان في المجتمع الجزائـــري؟

تندرج ضمنه التساؤلات الفرعية الآتية:

التساؤل الفرعي الأول: كيف تؤثر الظروف السوسيو- أسرية والمجتمعية للمصابين بداء السرطان على وضعيتهم الصحية لدى مجتمع الدراسة بولاية سطيف؟

- كيف تؤثر الظروف السوسيو- أسرية للمصابين بداء السرطان على وضعيتهم الصحية لدى مجتمع الدراسة بولاية سطيف؟
- كيف تؤثر الظروف السوسيو- مجتمعية للمصابين بداء السرطان على وضعيتهم الصحية لدى مجتمع الدراسة بولاية سطيف؟

التساؤل الفرعي الثاني: أي هذه الظروف الأسرية و/أو المجتمعية أقوى أثرا على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لدى مجتمع الدراسة بولاية سطيف؟

2) فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسة:

تمارس الظروف السوسيو- أسرية والسوسيو- مجتمعية في المجتمع الجزائري أثرا قويا على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان عبر آليات التنشئة الثقافية والاستهلاكية.

الفرضية الفرعية الأولى: مؤشراتها:

- تؤثر الظروف السوسيو-مجتمعية داخل النسق الأسري سلبا على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة بولاية سطيف. عبر آليات التنشئة الثقافية والاستهلاكية النوعية الخاصة حسب المؤشرات الآتية:

- الوضعية الاقتصادية/الوضعية الاجتماعية/الوضعية التعليمية- الثقافية/ الوضعية النفسية -الروحية/ الوضعية الصحية- العلاجية.

- تؤثر الظروف السوسيو- مجتمعية داخل النسق المجتمعي- المحيط- سلبا على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة بولاية سطيف. عبر الآليات المعتمدة رسميا، حسب المؤشرات الآتية:

- السياسة الصحية الوطنية الخاصة بالتكفل بالعلاج (توفير "الأدوية" والأجهزة، توفير الكوادر المتخصصة، الرعاية المُلطفة، الإعلام والتحسيس الصحي)، سياسة تنظيم النسل؛
- عـوامل سياسية /بيئية: سياسة تنظيم النسل، مستوى نظافة أو تلوث البيئة، حالة المياه الشروب، التخطيط العمراني، البّطالة قنوات صرف المياه القذرة، معالجة النفايات العمومية...الخ.

1) **الفرضية الفرعية الثانية:** تعتبر الظروف الاقتصادية داخل المجتمع الجزائري أكثر العوامل ممارسة للأثر السلبي على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان بمجتمع الدراسة بولاية سطيف.

ثالثا: أهمية وأسباب اختيار موضوع الدراسة:

1) أهمية: الدراسة على الصعيد النظري:

تكمن في كونه موضوعا يعتبر واحدا من أهم نتاجات وإفرازات الحضارة التكنولوجية في العصر الحديث، من خلال انتشار لنمط معين من التنشئة الاجتماعية العالمية: من أبلغ روافدها تكريس نمط عالمي من الثقافة الإنتاجية وأيضا الاستهلاكية المضرة بالصحة العامة، إضافة إلى ما تفرزه السياسات

الدولية وتخلقه من ظروف تؤثر بشكل مباشر وكبير على الصحة العامة ومنها الصراعات الدولية وانعكاساتها السلبية كارتفاع منسوب مشاعر العدوانية والقلق والبطالة والفساد والاكتئاب والإحباط والخوف من المجهول والمستقبل وضياع الأمل.. وكلها عوامل لها انعكاساتها النفسية وعلى نمط التفكير الاجتماعي.

2) أهمية الموضوع على الصعيد الميداني:

تنبع من أبعاده الخطيرة نظرا للارتفاع الرهيب سنويا للسرطان وحصده مئات الأرواح في مقتبل العمر، من هنا تنبع أهمية دراسة هذا الموضوع لمعرفة الأسباب الكامنة خلف الظاهرة وأيضا سبل التخفيف من حدة انتشارها ودعم جهود جمعية النور لمكافحة السرطان بمدينة سطيف.

3) أسباب الاختيار: من أهم الأسباب نذكر:

- إحساسنا العميق كسوسيولوجيين بالمشكلة الحالية؛ ذات الأسباب والأبعاد الاجتماعية والإنسانية لكونها تحيط بنا وتهدد حياتنا.
- قلة الدراسات السوسيولوجية التي تناولت الموضوع من الزاوية السوسيو- طبية، مع قلة المراجع في علم الاجتماع حول هذا الموضوع على غرار الادبيات التي تعالجه من منظور اعلامي أو طبي خالص في علم النفس العيادي مثلا.
- إثراء المكتبة الوطنية بهذه الدراسة الجديدة في حقل علم الاجتماع الطبي.
- إثارة الانتباه إلى جدوى تحسين السياسات الصحية في المراكز الاستشفائية بالمدينة والوطن وفي العالم العربي.
- تفعيل دور المؤسسات الرسمية ومؤسسات المجتمع المدني بمدينة سطيف في نشر الوعي الصحي في المنطقة لكونها تحتل المرتبة الثالثة من حيث ضحايا هذا المرض.

• إثارة الانتباه إلى أهمية تكثيف الجهود فيما يتعلق بالجانب الإعلامي التحسيسي، حول خطورة الظاهرة وتناميها المستمر ونشر الوعي الصحي المؤسساتي في كافة مؤسسات المجتمع الجزائري الرسمية.

رابعـــا: أهـــــداف الدراسة

1) **الهدف العــام:**

كشف العلاقة بين متغيري الظروف السوسيو- مجتمعية على الصعيد الأسري وصعيد المجتمع الجزائري، من النواحي: (الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والتعليمية والنفسية والعلاجية والبيئية) ووضعية المصابين بداء السرطان لدى عينة الدراسة. ومعرفة العوامل والظروف الأكثر تأثيرا على وضعية المصابين بداء السرطان.

2) **تتفرع عنه الأهداف الآتية التالية:**

- تشخيص الظروف الأسرية الاقتصادية في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة.
- تشخيص الظروف الأسرية الاجتماعية في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة تشخيص الظروف الأسرية التعليمية في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة تشخيص الظروف الأسرية الثقافية في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة.
- تشخيص الظروف الأسرية النفسية في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة.

- تشخيص ظروف التكفل العلاجي (المتابعة الطبية، المرافقة السيكولوجية) بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة.
- تشخيص الظروف البيئية (الاجتماعية والطبيعية) في علاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لمجتمع الدراسة.
- معرفة نوع ودرجة أكثر هذه الظروف أثرا على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لدى مجتمع الدراسة.

خامسا: تحديد المفاهيم الإجرائية:

1) مفهوم الظروف السوسيو-اجتماعية (الاقتصادية، الاجتماعية الثقافية، التعليمية، النفسية):

هي أشكال وأنماط الوضعيات المختلفة، التي يشغلها ويتسم بها الوسط الأسري للمصابين بداء السرطان من حيث: مستويات المداخيل الاقتصادية أو الأجور والوضعيات الاجتماعية (مدى استقرار النظام الأسري، نوع الأسرة وحجمها، صراع الأجيال، نمط السلطة الأسرية مشكلات أسرية..) والمستويات التعليمية (منعدم، متوسط وعالي) ونمط الثقافية (نمط ومنظومة القيم والعادات والتقاليد والممارسات والمعتقدات الدينية، ومستوى الوعي الصحي والبيئي..) والنفسية (الخوف والقلق والاكتئاب والمساندة والاشباع العاطفي....)، حقيقة يصعب تحديد مفهوم دقيق لها بسبب نسبية دلالاتها، واختلاف النظرة إليها من مجتمع إلى آخر كُل حسب ثقافته وتميزه ومكانته الدولية، هذا الذي يمنحها طابعا تراثيا حضاريا، وبعدا امبيريقيا اجتماعيا وفيزيقيا.

من جهة أخرى، يمكن إدراك أثر المتغيرات السوسيو- نوعية المجتمعية العامة، التي قد تمارس أثرها ومفعولها على الصورة النمطية

للمرض والصحة كمفهومين، وكإسقاطات مجسدة عبر لغة كمية؛ تحدد مقدار الخطورة والتهديد التي يتعرض لها الأفراد، ومن هذه المتغيرات نجد السياسة الصحية الوطنية، التجربة التاريخية، المحك الاقتصادي وأثره على محك المعيش اليومي، الإعلام الصحي، وفلسفة الحياة عبر منظومة التعليم والتنشئة الاجتماعية الرسمية، نمط الاستهلاك وثقافة الإغواء العالمي وغيرها.

2) مفهــوم الصحــة:

- **الصحــة:** هي الحالة التي فيها يستطيع فيها الإنسان أن يؤدي وظيفة fonction والمقدرة الأدائية مهمة بطبيعة الحال ولكنها ليست كافية...هي حالة ديناميكية أو مصدر متواصل منطلق ومتطور للطاقة، وهي مركب من القرائن الاجتماعية والبيئية، تفضي إلى الصحة والسلوك الفردي والاختيار المتوافق مع تلك القرائن"[1]. كما عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة الكفاية البدنية والعقلية الكاملة، وليس مجرد الخلو من المرض أو السقم أو العجز"[2]. "إن المجتمع المعافى هو المجتمع الذي تتزايد فيه القدرة على التكيفية الطبيعية للفصائل التي تعيش فيه، وليس هو المجتمع الخالي من المرض. ومفهوم الصحة يعني أكثر من مجرد "غياب المرض" بل هو في الحقيقة يتعايش مع المرض.[3]
- **المــرض:** "يحدث المرض نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم بوظيفته على الوجه الكامل، كما يحدث إذا اختل أو انعدم

---

[1] إبراهيم خليفة: **علم الاجتماع في مجال الطب**، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، دون تاريخ، ص216.

[2] المرجع نفسه، ص 215.

[3] المرجع نفسه، ص:215.

التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه" ..فالمرض يمكن أن يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر في علاقة الفرد بالآخرين.[1]

فالصحة تعني لنا ما يتعلق بعافية أبداننا ويقابلها المرض الذي يعوق أو يعطل أو يقلل من هذه العافية، والذي قد يجعلنا نلجأ إلى الطب والأطباء لنتداوى ولنعود إلى سابق عهدنا من الصحة والعافية. وقد اتضح أن عوامل كثيرة قد تؤثر في صحة هذا الإنسان، وهو المخلوق الذي كرمه الله بالعقل والاختيار، وله نّفس وروح، وحياة اجتماعية وعواطف ووجدان ومشاعر، وبالتالي تغيرت مفاهيم الصحة والمرض تبعا لذلك.[2]

وبهذا؛ فإنّ **الصحة العامة** هي نشاط ثقافي اجتماعي...الصحة والمرض على أنهما مفهومان يحملان دلالات لفظية تتحدد بطرق مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم والمجتمعات المحلية التي يقيمون فيها والممارسين العلاجيين الذين يتعاملون معهم بينما يختزل النموذج الثاني(البيولوجي أو الرسمي) للطب مفهومي الصحة والمرض وينظر إليهما نظرة آلية بمعزل عن الشخص وعن السياق الثقافي الاجتماعي. فالنّموذج الاثنولوجي ينظر إليهما في ضوء معايير الثقافة والتفاعلات الشخصية في حدود الإطار الذي يرسمه جيدنز والذي يضم انساق المعاني والمعايير والقوة (الشرعية)[3].

---

[1] إبراهيم خليفة: مرجع سابق، ص: 217.

[2] حسين الرودي: **صحتك في كل شيء**، تقديم الداعية: عبد الرحمان حسن حبنكة الميداني، الطبعة الأولى، دار ابن حزم، بيروت، لبنان، 1997، ص8.

[3] إبراهيم خليفة: مرجع سابق، ص ص: 18- 19.

3) تعريف السرطان:

· **السـرطان:** هو "مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من الأمراض التي تتميز والانقسام غير المحدود لأنسجة وقدرتها على غزو الأنسجة المجاورة وتدميرها أو الانتقال إلى الانسجة البعيدة عن طريق الدم أو الجهاز اللمفاوي، وهو ما يسمى بالورم الخبيث. ...هذا الاسم لاتيني الأصل، والرومان قديما كانوا يعتمدون في تسمية المرض على الظواهر أو الأعراض المرئية في المرض ذاته، من هذه الأسباب لوحظ أن الأوردة الدموية المحيطة بالورم السرطاني تشبه إلى حد كبير أرجل حيوان (سرطان البحر)، ومن هنا جاءت التسمية. كما أن « غالن » وهو طبيب اغريقي، اطلق اسم السرطان على الأورام الخبيثة؛ لما لها من سلوكيات سرطان البحر من سرعة الانتشار في اتجاهات متعددة"[1].

فهو يعبر عن وجود خلل وظيفي مجهول السبب (إلى حد الآن) يصيب الخلية الطبيعية للإنسان، فيحدث بها انقسامات غير طبيعية "الشقوق الحرة"، يترتب عنها نشوء أورام خبيثة، يصعب علاجها. كما يشمل:

· "مجموعه من الأمراض (أكثر من 100 مرض) تتشابه في بعض الخصائص فيما بينها، وقد سميت بالسرطان لأن الأوعية الدموية المنتفخة حول الورم تشبه أطراف سرطان البحر. وهذا المرض أو هذه الأمراض تنتج عن خروج الخلية عن السيطرة. يحدث تغير في خلية ما يجعلها تخرج عن نظام التحكم الذي يتحكم في عمل الخلية كما في

---

[1] عادل عبد العال: **مرض السرطان، سلسلة بوابة الحياة**، شركة فجر الإسلام، الطبعة الأولى، مدينة نصر الجديدة، جمهورية مصر العربية، 2015، ص10- 11.

الخلايا السليمة. يوجد أكثر من نظرية يعزى إليها سبب بداية السرطان في الجسم"[1].

للإصابة بمرض السرطان عديد العوامل المسببة له[2]؛ أشار إليها عدد كبير من الأطباء والعلماء، المختصين في مجالات علمية عديدة أهمها:

- العوامل الفيزيائية: التعرض المفرط لضوء الشمس، التعرض للإشعاعات الأيونية
- العوامل الوراثية: مجموعة الخلايا المعرضة للتهيج المستمر
- العوامل الكيميائية: التعرض للمبيدات الحشرية، استنشاق عوادم السيارات، تلوث الماء، التعرض لأشعة الجوال لفترات طويلة، عوامل بيئية، بعض المعادن، قطران الفحم ومستحضرات الكرييوسوت، خلل هرموني، شرب الكحوليات التدخين.
- العوامل البيولوجية: الإصابات بالفيروسات
- ظروف الحياة والصحة: العمر، الجنس، نوعية الغذاء.

كما يضاف أيضا:[3]

- وجود تاريخ عائلي للإصابة بالسرطان، ولبعض العائلات قابلية للإصابة بسرطانات معينة، فمثلا في حال وجود أم مصابة بسرطان الثدي؛ يرتفع خطر الإصابة لدى البنت 3 مرات عن غيرها.

---

[1] منتدى الصحة والسلامة: **موسوعة كاملة عن السرطان: "أنواعه-أسبابه-علاجه"** www.munasbt.com *يوم 2 جانفي 2015 الساعة 13,32.*

[2] عادل عبد العال، مرجع سابق، ص ص 16-22.

[3] المهندس الزراعي: عبد الرحيم يوسف: **علاج السرطان بالأعشاب، والعلاج البديل**، الطبعة الثانية، دار الخير، دمشق- سوريا، بيروت، 2009، ص11.

<u>من ناحية المخيال السـوسيو- جــزائـري</u>؛ فالسرطان يعني؛ الخطر الذي يستدعي من المُصاب المراجعة الشاملة لما بّقي من العمر، تُخالطه الحّسرة على ما فّات منه، ويصاحبه الخوف من المجهول. إنّه هاجس مرحلة نهاية العمر، إذ يمكن أن يُعد انتظارا في رواق أو ظلال الموت، لاسيما في المراحل المتقدمة للمرض، وكذلك استعدادا لاختبار أمر ليس عاديا (الانتقال إلى عالم البرزخ) وهنا يطفو على سطح التفكير «موضوع الموت» كتفكير سلبي، قد يستدعي الاستجابة لإيجاد حل، حيث يشتد المرض وتصاحبه مجموعة من الأعراض كالضعف العام والاكتئاب والعجز والألم.

4) مريض السرطان:

هو الشخص الذي أصيب بمرض السرطان بغض النظر عن نوع المرض (جميع أنواع السرطانات)، وبغض النظر عن جنسه (ذكرا أو أنثى)، وعن مرحلة عمره (كبيرا أو صغيرا أو متوسط العمر)، وبغض النظر عن مستواه التعليمي، وهو يعيش في المجتمع الجزائري مع التركيز أكثر وبشكل قصدي على منطقة ولاية سطيف دون اهمال بقية المناطق في التراب الوطني، كما يخضع لمتابعة العلاج بمركز مكافحة السرطان لمدينة سطيف منذ نشأته سنة 2013.

5) المجتمع الجزائري:

نقصد به مجموعة الأفراد والجماعات والمجتمعات المحلية والمدنية، التي تقع ضمن حدود الدولة الجزائرية بغض النظر عن الأصول الاجتماعية والعرقية واللغوية لها، لها نمط معيشي يميزها عن

غيرها، كما لها خصائص جغرافية (شمال إفريقيا) وسياسية واجتماعية وثقافية ودينية (العروبة – الأمازيغية– الإسلام) تحكمها، وتحدد أنماط التفاعلات وشبكات العلاقات فيما بينها.

سادسا– الإجراءات المنهجية للدراسة:

1) التعريف بمجالات الدراسة:

. **المجال الجغرافي/الأيكولوجي:** تم إجراء الدراسة الميدانية بمركز مكافحة السرطان بمدينة سطيف –الباز، يقع في شمال المدينة بمحاذاة جامعة فرحات عباس – سطيف 1 ودار الصبر، مقابل مركز الأمومة الجديد، وهو مركز جديد فتح أبوابه في شهر جوان 2011 يستقبل حالات السرطان من مختلف الولايات المجاورة، وقد نجح، إلى حد كبير، بامتصاص وتخفيف الضغط نوعا ما على مستشفى قسنطينة والجزائر.

كما أنه يستفيد من خدمات ودعم مؤسسة دار الصبر، تحت إشراف جمعية نور لمكافحة السرطان، بعد أن فتحت أبوابها سنة 2014 لإيواء المرضى القادمين من أماكن بعيدة، بقدرة استيعابية محدودة تقدر ب80 سرير.

. **المجال الديموغرافي/البشري:** مجتمع المصابين بداء السرطان متنوع من حيث الأصول الاجتماعية، إذ تنحدر هذه الشريحة من مناطق مختلفة(حضري، شبه حضري وريفي)، بولاية سطيف. حيث يشمل سجل سطيف على الأرقام الآتية: ابتداء من 2011 إلى غاية 2016، ارتفع عدد المصابين إلى 9244 حالة، بمعدل 1541 حالة جديدة خلال هذه السنة، ويعود سبب ارتفاع نسبة المصابين في هذه الولاية واحتلالها للمرتبة الثالثة وطنيا، إلى التعداد السكاني والكثافة

السكانية التي تعرفها بعد الجزائر العاصمة، قرابة ما يزيد عن ثلاثة ملايين ونصف مليون نسمة، إلى جانب الاهتمام المبكر بتسجيل الإصابات، إذ تعد ولاية سطيف الأولى وطنيا من حيث رصد وتسجيل أول حالة سنة 1986.

. **المجال الزمني:** لدينا مجالين: المجال الزمني الأول تم استغراقه في تطبيق تقنية شبكة الملاحظة وشبكة المقابلة، بغرض دراسة بعض الحالات، ابتداء من سنة 2007، إلى غاية 21 ديسمبر 2015. فيما تم التركيز في المجال الزمني الثاني، على تطبيق تقنية الاستمارة والمقابلات المقننة، ابتداء من 21 ديسمبر 2014، واستمرت على فترات متقطعة، إلى غاية أكتوبر 2017. كما استمرت زيارتنا للمركز إلى غاية جانفي وفيفري 2018، طلبا لأحدث الإحصائيات وأيضا تدعيم تقنية الاستمارة بتقنية المقابلة المقننة مع بعض الأطباء.

2) مجتمع الدراسة ومواصفات العينة:

. **نــوعها:** لدينا مستويين من مجتمع الدراسة: عينة الدراسة الأولى؛ عينة "صدفية غير عشوائية" (المصابون بداء السرطان من ولاية سطيف فقط، حيث تم اختيارهم من بين الحاضرين، خلال زياراتنا للمركز، وتم اجراء مقابلات مقننة مباشرة معهم في قاعة الانتظار (جناح العلاج الكيميائي الأول والجناح الثاني)، نظرا لكبر حجم المجتمع الأصلي، وعدم معرفة حجمه بالضبط آنذاك* وصعوبة تنفيذ

---

* **ملاحظة:** عندما بدأنا تنفيذ الدراسة الميدانية بتاريخ 13مارس 2015 بالمركز، تم منحنا مجرد تقديرات (تقريبا 4000 حالة)، لكون المركز في بدايته كان يفتقر آنذاك إلى مصلحة خاصة بالإحصائيات. هذه المصلحة التي تم خلقها حديثا، ورغم معاودتنا لطلب الحصول على احصائيات حديثة لسنة 2018، قوبل طلبنا بالرفض بسبب تحفظ الجهات الإدارية بحجة زيارة لجنة تحقيق للمركز حسب تصريح السيدة رئيسة المصلحة).

مسح شامل، وكذلك صعوبة وضعية المرضى، قبل وأثناء وبعد ممارسة العلاج الكيميائي بالمركز، وقد تمت بمساعدة المختصات في علم النفس والموظفات في المركز بصفة دائمة، وكذلك بمساعدة أحد أعضاء جمعية كافل اليتيم، وبعض طلبتنا المتطوعين في السنة الثالثة علم اجتماع التربية. كما تطبيق تم تطبيق تقنية دراسة الحالة على 12 حالات مصابة بالسرطان، في مقر سكناهم بمدينة سطيف والعلمة وعين آرنات.

. **حجمها:** اعتمدنا المعيار الاحصائي في تحديد وضبط حجم عينة الدراسة، حيث اخترنا في البداية نسبة 10 بالمائة، كنسبة ممثلة لمجتمع أصلي للدراسة مقدر إحصائيا ب4000 حالة عامة أي وطنية (مدينة سطيف وخارجها حسب تقديرات سنة الانطلاق 2015) مستهدفين فئة المنتمين إلى ولاية سطيف فقط، ومنه حجم العينة كان يمثل 400 مريض بداء السرطان. حيث قمنا بتوزيع استمارة الاستبيان ابتداء من 13 مارس 2015 واستمرت العملية، مع تقطع في الفترات الزمنية (بسبب الضغوط المهنية الكثيرة والظروف الشخصية) إلى غاية شهر أكتوبر 2016، أي قرابة السنتين، غير أنه لم يتم استرجاع إلاّ 150 استمارة، منها 20 استمارة تم إلغاؤها بسبب عدم اكتمال بياناتها وبعضها ممن هم خارج ولاية سطيف، فصار لدينا 130 استمارة كاملة، شكلت المصدر الأولي لبيانات الدراسة الميدانية الكمية.

وفي ضوء هذه الحيثيات؛ انخفضت نسبة العينة بالنسبة للمرضى، إلى ما دون 5 بالمائة، أي ما يقارب 3 بالمائة في مقابل ارتفاع الزيادة الرهيبة في حجم المجتمع الأصلي (9244 حالة سنة 2016) كما ورد سابقا ونتصور ارتفاعها أكثر خلال هذه السنة(2018).

كما تمت الاستعانة لغرض دعم البحث؛ بتحديد مستوى ثان من مجتمع الدراسة، والتي تضمنت، مسحا شاملا استوعب كافة الأطباء المتواجدين بالمركز، والمقدر عددهم 18 طبيب(ة)، غير أنّه بعد توزيع الاستمارات المخصصة لهم، لم نتلق منهم أي استجابة فقمنا بالموازاة، باختيار عينة من أعضاء الفريق الطبي بالمركز، وعينة أخرى من الأطباء من المتعاونين خارج المركز أي من القطاع الخاص، وأطباء جراحين ومتخصصين وعامون، تابعون للقطاع العام والقطاع الخاص، نُفذت معهم تقنية المقابلة الحرة غير المقصودة والمقابلات المقننة المقصودة، ونذكر من بينهم:

1) السيد: بن ديب حسين عدلان، بروفيسور مختص في العلاج الكيميائي بالمركز، وأستاذ جامعي بكلية الطب جامعة سطيف1؛
2) بعض الأخصائيات النّفسانيات بالمركز.
3) السيدة (س.ف)، رئيسة مصلحة الاحصائيات بالمركز.
4) السيدة (أ. ح)، رئيسة مصلحة سابقة، المسؤولة عن إدارة وبرمجة عمل الفريق الطبي في مصلحة العلاج الكيميائي، سطيف.
5) السيدة: (م . خ)، طبيبة أخصائية في طب النساء والتوليد والجراحة النسوية، سطيف؛
6) السيد : (ن. ط)، طبيب مختص في الجراحة سطيف؛
7) السيد: (م . ك)، طبيب مختص في الأمراض الباطنية، سطيف؛
8) السيدة: (ب. م)، طبيبة عامة، سطيف؛

9) السيدة: (ن. ع)، طبيبة مختصة في الأمراض العصبية والنفسية قسنطينة؛

10)السيد: (ت. م)؛ طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية؛ مدينة سطيف؛

11)السيد: الشريف مختار حامدي، مدير دار الصبر ورئيس جمعية النور لمكافحة السرطان؛

12)السيد نبيل عضو في جمعية "كافل اليتيم"، بسطيف.

13)السيدة (أ. ج)، طبيبة عامة. عين أرنات. سطيف.

بالنسبة لدراسة الحالة فقد تم اختيار 12 حالة تقطن بمدينة سطيف والعلمة وعين أرنات أهم مواصفاتها ما يلي:

1) حالة السيد يوسف، 72 سنة، يقطن بحي عين موس– مدينة سطيف، متزوج وأب لطفلين، دون مستوى تعليمي عائلة نووية، أصيب بسرطان الرئة والبروستات، مدمن على التدخين وقد كان يتعاطى الخمر في الماضي وأقلع عنه منذ أزيد من عشر سنوات.

2)حالة السيدة حورية، 47 سنة، تقطن بحي بومارشي – مدينة سطيف، عازبة، دون مستوى تعليمي نهائيا، لها إصابات سابقة بمرض الصرع وداء السكري، تعيش مع والدها، أصيبت بسرطان الثدي وخضعت لعملية جراحية.

3)حالة السيدة خديجة، 68 سنة، تقطن بحي المنظر الجميل – مدينة سطيف، متزوجة وأم لخمسة أولاد أربعة بنات وولد، دون مستوى تعليمي، عائلة نووية، أصيبت بسرطان القولون والمعدة.

4) حالة السيدة ليلى، 32 سنة، متزوجة وأم لتوأمين، دون مستوى تعليمي، عاملة مؤقتة في مجال التنظيف، عائلة نووية، يتيمة الأم، تقطن بمدينة سطيف، أصيبت بسرطان بالمسالك الصفراوية والكبد.

5)حالة نورية، 35 سنة، عازبة، دون مستوى تعليمي، ماكثة في البيت ، تزاول نشاطا غير رسمي "الطرز)، تقطن بحي يحياوي- مدينة سطيف، أصيبت بسرطان البلعوم والرأس.

6)حالة السيدة مفيدة، 49 سنة، متزوجة (مرتان)، مستوى تعليمي متوسط، ماكثة في البيت، عائلة نووية، تقطن بحي لجنان بمدينة سطيف، أصيبت بسرطان في الدماغ، وسرطان الجلد.

7)حالة السيدة حليمة، 60 سنة، تقطن بحي يحياوي- مدينة سطيف، متزوجة وأم لستة أولاد، ثلاثة ذكور وثلاث إناث دون مستوى تعليمي، ماكثة في البيت، عائلة ممتدة، أصيبت بسرطان الرحم.

8)حالة السيدة رزيقة، 46 سنة، متزوجة وأم لأربعة أولاد، دون مستوى تعليمي، ماكثة في البيت، عائلة نووية تقطن بعين أرنات، أصيبت بسرطان الثدي.

9)حالة السيدة رقية، 75 سنة، متزوجة وأم لسبعة أولاد، دون مستوى تعليمي، ماكثة في البيت، عائلة ممتدة، تقطن بعين أرنات، أصيبت بسرطان الرحم.

10)حالة السيدة ليلى، 50 سنة، متزوجة وأم لأربعة أولاد موظفة في سلك التعليم العالي، ثلاث ذكور وبنت واحدة

تقطن بحي الباز– مدينة سطيف، أصيبت بسرطان الثدي ثم سرطان الكبد والأمعاء.

11) حالة السيدة صباح، 32 سنة، متزوجة وأم لطفلين (ذكر وأنثى)، مدينة سطيف، اصيبت بسرطان المعدة.

12) حالة السيد عباس، 54 سنة، متزوج وأب لثلاث أولاد يقطن بالعلمة، أصيب بسرطان في الدماغ، وبموجبه أضحى مشلولا، مدمن على التدخين والخمر.

· **كيفية حسابها:** سحب الحالات المتوفرة والممكنة صحيا وإداريا، خلال أيام الأسبوع، وخلال فترات المعاينة الطبية عند كل 21 يوما لكل مريض قبل الخضوع للعلاج الكيميائي.

. **مواصفاتها:** (الجنسين (ذكور وإناث)، مختلف الأعمار(شباب ومسنين)، مختلف المستويات التعليمية (أمي ومتعلم)، (منطقة ولاية سطيف).

الجدول رقم (04) يعرض إلى متغير الجنس والسن لمفردات الدراسة:

الجنس / السن	الاحتمالات				Σ	النسبة المئوية
	ذكـور	%	إنـاث	%		
20-10	3	2.30	4	3.07	7	%5.38
30-21	1	0.76	2	1.53	3	%2.30
40-31	7	5.38	14	10.76	21	%16.15
50-41	5	3.84	43	33.07	48	%36.92
60-51	5	3.84	21	16.15	26	20 %
70-61	6	4.61	10	0.76	16	12.30
71-	5	3.84	4	3.07	9	%6.92
Σ	32	24.57	98	68.41	130	99.97
الكلي Σ	130				≈100	

الجدول رقم (05) يوضح: الوضعية الاجتماعية لمفردات الدراسة:

الوضعية الاجتماعية لمفردات الدراسة						
الجنس / الوضعية	ذكور		إناث			النسبة المئوية
	ت	%	ت	%	Σ	
أعزب	7	5.38	7	5.38	14	%10.76
متزوج	24	18.46	81	62.30	105	%80.76
مطلق	/	/	4	3.07	4	%3.07
أرمل	1	0.76	6	4.61	7	%5.38
Σ	32	24.60	98	75.36	130	%100≈

الجدول رقم (6) يوضح: محل الإقامة بولاية سطيف:

الاحتمالات / محل الاقامة	الجنس				النسبة المئوية
	ذكـور		الإنـاث		
	ت	%	ت	%	
مدينة سطيف – مركز	14	%10.76	22	%16,92	27,68
منطقة ريفية	3	2,30	17	13,07	15,37
منطقة شبه حضرية	3	2.30	13	10	12,30
الضواحي	10	7,69	30	23,07	30,76
غير مستقر (متنقل/ الولاية)	2	1,53	16	12,30	13,83
Σ	32	%25	98	%75	≈100

الجدول رقم (7) يوضح: المستوى التعليمي لمفردات العينة:

الاحتمالات / المستوى التعليمي	الجنس				النسبة المئوية
	ذكـور		الإنـاث		
	ت	%	ت	%	
أمــي	6	%4.61	33	%25,38	29,99
ابتدائــي	5	%3,84	16	%12,30	16.14
متوسط	15	%11,53	18	%13,84	25,37
ثانـوي	3	%2,30	21	%16,15	18,45
جامعي– عـالي	3	%2,30	10	%7,69	9,99
Σ	32	%25	98	75%	≈100

3) المنهج وتقنياته:

. **شبكة الملاحظة (البسيطة والملاحظة بالمشاركة)**

الملاحظة البسيطة: مركز مكافحة السرطان بقسنطينة ابتداء من سنة 2007 إلى غاية 2011. زيارات متقطعة ومستمرة للمركز ولدار الرحمة بالخروب.

الملاحظة البسيطة المعمقة: بدأت في مركز الهضاب الكائن بمدينة سطيف (لحشامة) قبل الانتقال رسميا إلى مركز العلاج بالباز، ابتداء من سنة 2012-2013. ثم المتابعة بعد الانتقال إلى المقر الجديد بمنطقة الباز.

الملاحظة بالمشاركة: مركز معالجة السرطان بسطيف (لمدة شهرين مع الأخصائيات النفسانيات والطاقم الطبي تواجد شبه أسبوعي ولمدة نصف يوم أي الفترة الصباحية) ابتداء من 2014/12/29. كذلك شملت الملاحظة12 حالة من أسر المرضى، المقيمين بمدينة سطيف، العلمة وعين أرنات.

. **شبكة المقابلة (الحرة والمقابلة المقننة)** مع بعض أعضاء الفريق الطبي حسب مختلف الفئات، كما هو مبين أدناه:

العـــــــدد	الصفـــــــة
01	**مدير إدارة الموارد البشرية**
02 (العلاج الكيميائي والإشعاعي)	**رئيس مصلحة**
02	**البروفيسور**
01	**طبيب Maître assistant**
18	**أطباء عامون**
08	**الأخصائيون النفسانيون**
10	**الممرضون ومساعدوهم**

المصدر: رئيسة مصلحة الموظفين بتاريخ 13 مارس 2015.

. الاستمارة (الموجهة للمبحوثين) اشتملت على المحاور:

. محور البيانات الشخصية (08 سؤال)

. محور الظروف الاقتصادية (11 سؤال)

. محور الظروف الاجتماعية (15 سؤال)

. محور الظروف الثقافية (19 سؤال)

. محور الظروف التعليمية (17 سؤال)

. محور الظروف النفسية(28 سؤال)

. محور ظروف التكفل العلاجي (26 سؤال)

4)**الوسائط البحثية:** التكنولوجية: (الهاتف + البريد الالكتروني)، الموارد البشرية المدربة تحت اشراف الباحثة وبمشاركتها وتواجدها في غالب الأوقات بالمركز: بعض طلبة السنة الثالثة علم اجتماع التربية، وبعض أساتذة علم النفس العيادي والأخصائيين النفسانيين بالمركز، أحد أعضاء جمعية كافل اليتيم).

سابعا– المعالجة السوسيو –كمية والكيفية للبيانات الميدانية:

1) عرض ومناقشة النتائج الجزئية للدراسة الكيفية، في ضوء تساؤلاتها الفرعية:

انطلاقا مما تم جمعه من بيانات باستخدام مختلف الأدوات المنهجية في الدراسة*، سواء بصفة مركزية أو تدعيمية، (تقنية الاستبيان مع عينة المصابين بداء السرطان، وكذا بيانات شبكة الملاحظة وشبكة المقابلة، مع مختلف الأطراف المعنية إداريين وأعضاء الفريق الطبي ومرضى) فإنّ الدراسة الحالية توصلت إلى رصد النتائج الجزئية التالية:

- **محور البيانات الشخصية، (السن والجنس، المستوى التعليمي الوضعية المدنية والمهنية ومكان الإقامة)**؛ تبين أن أغلب المصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة؛ هم من فئة المتزوجين بنسبة تقر ب80،76 %، وأكثرهم من فئة النساء بنسبة تقر ب 75،38% ومن السن نجد أوسطه من 41 سنة إلى غاية 60 سنة بنسبة تراكمية تقدر ب49،22%، أي من الأربعين إلى الستين سنة تقريبا، ومن التعليم أدناه، ما يعني المستوى التعليم الثانوي بنسبة تراكمية تقدر ب66% وأغلبهم من الفقراء، ودون عمل، أي بطّالون (53%)، ثم موظفون(13%)، كما ينتمون إلى أسر نووية بنسبة تقدر ب 69% ولهم متوسط أولاد يقدر عددهم (من 3 إلى 5 أطفال فما فوق) لدى الفئة العمرية الممتدة ما بين 40–60 سنة.

* يمكن الرجوع إليها بعرض مفصل يتضمن بيانات المتابعة الإعلامية، وبيانات المقابلات المباشرة المقصودة وغير المقصودة، بيانات دراسة الحالة (12 حالة من المرضى من مفردات عينة الدراسة) وكلك البيانات الكمية المتضمن في جداول الدراسة الميدانية. منشورة في الصفحة الشخصية للباحثة على محرك البحث Google.

إنّ التدقيق في هذه المعطيات يوحي بالدهشة حقا، إذ أنها تعاكس منطق الافتراض العلمي القائل بأثر نمط وأسلوب الحياة على الصحة العامة، حيث تتناقض بعض النتائج الحالية مع ما بلغته الدراسات الغربية من نتائج حول الموضوع، من حيث صدق الافتراض القائل بارتباط الإصابة بسن ما فوق الأربعين وسن الشيخوخة خاصة، وبفئة العزاب من غير المتزوجين، ومن غير المنجبين للأبناء، وكذلك ارتباطه بمستوى معيشي لائق، يعتمد فيه نظام غذائي سريع ومكثف من حيث حجم البروتينات والدّهون المّشبعة والسكريات، كما يرتبط ببعض العوامل الفيزيائية والكيميائية كاستهلاك أو التعرض المباشر وطويل الأمد للأشعة الأيونية، المنبعثة من الأجهزة الالكترونية (كالهواتف النّقالة) حينما يتم استخدامها، وكذلك الحال بالنسبة لمواد التنظيف.

هذا الأمر تم تأكيده على لسان رئيس جمعية النور بسطيف البروفيسور حامدي مختار شريف في أحد لقاءاته الصحفية.

أثر الظرف السوسيو- مجتمعية داخل النسق الأسري على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة بولاية سطيف

- **محور أثر الظروف الأسرية الاقتصادية على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة:** من خلال الآليات المتضمنة في المؤشرات الآتية: (مستوى الدخل، مستوى الرفاهية، نوع السكن وحجمه، نوع المقتنيات الغذائية، مكان ونوع الإقامة، درجة

التكفل بالعلاج) نجد أن أغلب حالات المستجوبين يعانون من انخفاض في مستويات الدخل المادي الاقتصادي وبالتالي الوضعية المعيشية المادية، كما ويعانون، تبعا لذلك، من ظروف معيشية سيئة كظروف السكن (أحياء شعبية، بنسبة 71،53%، شقق وسكن عائلي جماعي بنسبة تراكمية تقدر ب80%، وبدخل متوسط وضعيف بنسبة تراكمية قدرت ب89%، الاعتماد على دخل الزوج فقط بنسبة تقارب 65%) وصعوبة التنقل للعلاج، (حيث أن ما يزيد عن نصف عددهم بنسبة قدرت ب 55.38 لا يمتلكون وسيلة نقل شخصية)، وشراء الأدوية وزيارة الأطباء المختلفين، أو العلاج بالخارج أو التأخر في متابعة العلاج (حيث أغلبهم لا يمكنه العلاج خارج الوطن بنسبة تقدر ب85%، بل إنّ أكثرهم يجدون صعوبة في تغطية تكاليف العملية الجراحية محليا بنسبة قدرت ب63%، وبعضهم يلجأ إلى جمع الهبات والتبّرعات عن طريق المساجد والجمعيات الخيرية والأقارب والجيران بنسبة تربو عن 60%)، إلى جانب سوء المعيشة ونقص و/أو سوء التغذية الصحية الجيدة وإن كانت متنوعة حسبهم، أغلبهم يعتمدون على الأطعمة التقليدية (تمثل العجائن "الكربوهيدرات /النّشويات" أعلى نسبة في منظومة الأطعمة المفضلة والممكنة، والمتكونة أساسا من السّميد الأبيض، الكسكس والشخشوخة والعيش والكسرة والماطلوع والحسوة والمحاجب، ثم تليها المأكولات المقلية وفي مقدمتها البطاطا كطعام شبه يومي، ثم يليها حساء مشكل من الخضروات الموسمية، ثم تليها بنسبة أقل السلطات ثم أخيرا اللحوم والفواكه)، حيث أن المصاريف لا تغطي جميع احتياجات أفراد أسرهم حتى الضرورية منها. وهذا كان واضحا من خلال ملاحظة نوع ملابسهم وشكل هندامهم، ووسائل النقل العمومي التي يأتون فيها (سيارة أجرة –

طاكسي أو فرود- أو حافلة)، وأيضا طبيعة أسئلتهم البسيطة حول سبل العلاج ولجوء بعضهم إلى طلب المساعدة في جمع مستحقات العمليات الجراحية من الغير، خاصة أولئك الذين خضعوا للعملية الجراحية أكثر من مرة.

- **محور أثر الظروف الأسرية الاجتماعية على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة:** من حيث المؤشرات الآتية التي تعكس آليات ممارسة الأثر: كنوع الأسرة، وعدد أعضاء الأسرة، ثقافة الاستهلاك، نمط وشبكة العلاقات الاجتماعية للمحيط والتفاعل الأسري، السلطة في اتخاذ القرار، العادات والتقاليد.

تبعا لما سبق؛ فإنّ سيادة نمط معين من العلاقات الاجتماعية داخل الوسط الأسري يطغى عليه في العموم الطابع التفككي وعدم الاستقرار المعلن، بسبب المشاكل الاجتماعية غير المعلنة التي يعيشها المصابون بداء السرطان داخل أسرهم تحديدا، حيث عبّر الكثير (على غرار ما دُون في الاستمارات بالنسبة للكثير) عن وجود مشاكل متعلقة تّارة بالأبناء، وتّارة بالأزواج، وتّارة بسياسة الإنفاق وقلة الموارد المالية، وتّارة بطريقة التّصرفات واتخاذ القرارات الأسرية وتدخل الأقارب، وبالخوف من المحيط الاجتماعي، هذا التفكك وعدم الاستقرار الأسري بطبيعة الحال أثر على رغبتهم في الاقبال على الحياة والتمسك بها، ومن ثم رفع التّحدي ومقاومة المرض. كما سجلنا اعتقاد الأغلبية أن المشكلات الخّانقة التي يعيشونها ربما تكون سببا غير مستبعد في إصابتهم بالمرض الخبيث نتيجة ما خلفته من توتر وقلق وتعاسة واكتئاب، هذا الأمر الذّي زاد من همومهم وجعلهم يحقدون أكثر على من يتصورون أنّهم السّبب في إصابتهم خاصة من الأهل أو الأقارب، فهناك حالة "والدة في السبعينات" تحقد على

زوجها وابنها، وهناك حالة "ابن في الخمسينات" يحقد على والداته غير العادلة في منحه المال، وهناك حالة "زوجة شّابة في الثلاثينات" حاقدة على زوجها بسبب هجره لها فور علمه بمرضها، وهناك حالة "بنت في الأربعينات" حاقدة على والدها بسبب شراسته وجبروته وقساوته معها وعدم علاجها، وهناك حالة شيخ في السبعينات، حاقد على إخوته وأبنائهم بسبب جحودهم فضله عليهم، واحتقاره لكونه وحيدا دون أولاد من صلبه وهكذا.

- **محور العلاقة أثر الظروف الأسرية الثقافية على الوضعية الصحية المصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة:** من حيث الآليات والمؤشرات الآتية:

- ثقافة الاستهلاك الغذائي
- الثقافة الصحية: الوقاية من المرض والعلاج
- المنظومة القيمية

يكشف الواقع الاجتماعي أن الثقافة المحلية تمارس سلطانها القوي على جميع أفراد المجتمع الجزائري، بغض النّظر عن مستوياتهم التعليمية والاقتصادية، وأنّ هذه الثقافة تنسحب على طريقة التفكير وطريقة العيش، وطريقة الاستهلاك الغذائي والإنتاج والتفاعلات الاجتماعية كلها، وأساليب معالجة وتسوية المشكلات الداخلية، ومنها التّصدي لأي شكل من أشكال المرض. حيث تتجلى أبعادها في مظاهر وطرق وطبيعة الاستهلاك المحتكم إلى الالتزام بالقواعد والأعراف والأحكام الاجتماعية، سواء كانت ايجابية أو سلبية، في المواقف اليومية أو المناسباتية.

كما أن نمط الثقافة المعيشية يطرح بقوة من قبل المختصين والمهتمين بشؤون الصحة عموما وتأثيرها لا يخفى على أحد. حيث

يُروج في السّاحة العلمية والإعلامية أنّ من بين أهم أسباب الإصابة بداء السرطان إنما هو النمط المعيشي الغربي وفي مقدمته نمط الغذاء (أي الوجبات السريعة والمواد الحافظة والأكُلات المعلبة والمشروبات المختلفة، والقلق وسيادة نمط منظومة القيم المادية...وغيرها كثير). وواقعيا وجدنا أنّ أغلب المصابات والمصابين بداء سرطان الثّدي إنما يكون سنهن في مرحلة مبكرة من عمر الرابعة عشر والثامنة عشر حسب تصريح أعضاء الفريق الطبي أي قبل مرحلة الأربعين، فيما أثبتت إحدى الدراسات الأمريكية، عكس ذلك، من: "أنّ 80% من حالات سرطان الثدي تصيب المرأة بعد سن الأربعين، خاصة إذا كانت تتناول كمية كبيرة من الأطعمة الغنية بالدهون، وكان اعتمادها على تناول الخضار والفواكه في وجباتها اليومية قليل، بالإضافة إلى العادات السيئة الأخرى كالتدخين وتعاطي الخمر والسهر وقلة التعرض لأشعة للشمس[1].

كما أن النمط الغذائي المسيطر على الاستهلاك إنما هو النمط التقليدي في الغالب "الموروث"، وهو غذاء للذكور والإناث على السواء، علما أن طرق انتاج الغذاء في الغالب تعد أقرب إلى الطبيعية لاسيما الحبوب ومنها القمح، والخضر كالبصل والثوم والبطاطا والكوسة والخيار والطماطم وغيرها، وكذلك بعض الفواكه الموسمية المحلية كالبرتقال والتين والتفاح والزيتون مثلا. فهذه يمكن اعتبارها منتجات طبيعية نسبيا رغم استخدام بعض الأسمدة، لكونها لم تخضع

[1] www.zaytouneh.com/ar/tip/تغذية-المرأة-غي-عمر-الأربعين-10529

للتعديل الجيني الاصطناعي، كما يحدث في المنتجات الأوروبية والأمريكية في العالم المتقدم.

إنّ انتشار ظاهرة التدخين بفعل عمليات التنشئة الاجتماعية وعبر آلياتها كالتقليد والمحاكاة وتبلور مفهوم عن الذات، قد ارتبط، منذ زمن بعيد، **بمفهوم الرجولة** في المخيال الاجتماعي خاصة الوسط الذكوري في سن مبكرة، ناهيك عن رفض فكرة أن يكون التدخين سببا للإصابة بالسرطان إنما منشؤها ربما يعود إلى اعتقاد النّاس بأسباب أخرى للسرطان غير واضحة وغير معروفة، كالسحر والحسد والعين مثلا، حيث تتدخل المعتقدات الدينية والإيمان الغيبي في تحديد صورة معينة ومفهوم خاص عن الإصابة بأي مرض، مستخلصا من مفهوم الحياة والموت "كل نفس ذائقة الموت، بأجل محدد لا يتقدم ولا يتأخر" ومنه اتخاذ التدابير اللازمة لعلاجه والوقاية منه، ومن هذه المفاهيم السّائدة نذكر: ("الإيمان بالقضاء والقدر "أي المكتوب والمُقدر بسبب أو دون سبب، الموت حق وبالأجل، الموت واحد وإن تعددت الأسباب..) والقضاء يعني الاستسلام لإرادة الله التي لا تهزمها حلول بشرية ولا مساعي طبية حثيثة، إضافة إلى ارتباطه بحالة الاصابة بالسحر "وخز من الشيطان" والعين "تدخل الجمل القدر والرجل القبر" والبّلاء – اللّعنة "العقوبة الإلهية نتيجة ارتكاب المعاصي والذنوب" والابتلاء– التطهير وتخليص المؤمن من العذاب الأخروي باستعاضته بعذاب دنيوي".

كما لا يمكننا إنكار ما للمستوى التعليمي أو الاقتصادي من دور وأهمية في إحداث مفارقة أو فجوة في مستوى التغيير وتسجيل الاختلاف النسبي، غير أنّ المرضى في النّهاية هم شريحة اجتماعية

تجد نفسها من ناحية أولى في وضعية نفسية ومزاجية ضائعة نتيجة الصّدمة والألم والخوف واليأس أو ما يكاد يقترب منها كلها مجتمعة ومن ناحية أخرى هذا الوضع يُصيرها للخضوع من دون إدراك للمنظومة القيمية والثقافية التي تتحكم في سلوك القائمين على شؤونهم من الأهل والأقارب، لاسيما في مجال ممارسة شعائر وطقوس العلاج حيث يتم الضغط عليهم بشكل أو بآخر لضرورة إخضاعهم لعلاج ما طبيعي تقليدي (خلطة أعشاب) عبر اللجوء إلى معالج تقليدي، أو علاج روحاني كممارسة الرقية الشرعية أو حجامة لدى مُرقي ما؛ يعرف بأنّه خبير في معالجة السرطان أو اللجوء الى الدعاء والصّدقة وغيرها، ناهيك عن الاقبال على القنوات التي تروج لإمكانية توفير علاج لهذا المرض. كما تلجأ أسر بعض المرضى إلى إخفاء المرض إمّا عن المريض نفسه، أو عن جميع معارفه، وهذا يؤثر على طبيعة العلاج ووتيرته وعلى راحة المريض النفسية وعلى صورته أمام نفسه.

وعادة ما نجد مثل هذه المخاوف لدى النّساء المُصابات وأسرهن أكثر من الرجال وعائلاتهم، لكونه مجتمعا ذكوريا له خصوصيته يعيب على المرأة ما لا يعيبه على الرجل، والأمر مرتبط في النّهاية بمدى تفسير المجتمع لهذا المرض بوصفه لّعنة أو غضبا وسخطا من الله أو ربما العكس لدى البعض الآخر وما شابه ذلك. ما يمكن أن يؤثر سلبا على اتجاهات أفراد المجتمع نحو الكشف المبكر للسرطان، ومن ثم يضيع فرصا عديدة للنجاة. في هذا الصدد "أكدت السيدة: حميدة كتّاب، رئيسة جمعية صحية، أنه كلما كان الكشف عن الورم مبكرا كلما كان العلاج بسيطا ونسبة نجاح العملية الجراحية كبيرة جدا..."ففي

السنوات ال30 الأخيرة توصل الأطباء إلى انجازات كبيرة في مجالي الكشف المبكر وكذا العلاج، وبالتالي انخفض عدد الوفيات"[1].

– **محور العلاقة بين الظروف الأسرية النفسية على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة:** من حيث الآليات ومؤشراتها الآتية:

- الإنكار والقلق والشعور بعدم الأمان
- المساندة العاطفية
- الإحباط والاكتئاب
- متغير الجنس والعمر والمسؤولية

بالطبع فإن معاناة أفراد أسرة المريض من المشكلات الاجتماعية وبشكل مستديم نسبيا ولأسباب كثيرة ومتنوعة ومعقدة وغير قابلة حتى للتّسوية بسبب العناد والعادات والتقاليد والرواسب الفكرية، كتدني صورة المرأة في المخيال الاجتماعي الجزائري، واحتقار الضعفاء من الرجال كالإخوة الصغار أو المعاقين أو المرضى أو المحتاجين مثلا؛ يتسبب في تنامي مشاعر الإحباط والاكتئاب والقلق والغضب الدائم والغل والحقد والحسد وفقدان معنى الحياة وانخفاض معدل الرغبة فيها وبالتالي ضعف روح مقاومة المريض للمرض، وربما تفضيل الموت على الحياة في ظل مثل هذه الظروف، هذا الذي لمسناه في تصريحات الكثير من المريضات: "أنشا الله ربي يزرب بّي. ما نيش حابا نتمرمد في هذا الدنيا الغدّارة". لأن المريض جزء من كل، أي فرد من عائلة، وهو بالنسبة لهم (حسب تصور الكثير) عبء إضافي وهّمُ

---

[1] موقع أخبار اليوم، تاريخ التصفح 2017/12/15
https//www.djazairess.com

جديد ينضاف إلى همومهم السابقة والمتراكمة، وربما شكل النقطة التي قد تفيض الكأس، وهذا الوضع المحبط يؤثر سلبا على نظرة المريض إلى نفسه ومن ثم درجة مقاومته وكفاحه وتمسكه بالحياة، وتتدخل متغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية؛ لتقرر درجة القلق أكثر، فكلما كان المريض أنثى وفي مقتبل العمر وله أولاد صغار كلما اشتدت حالة القلق لديه أكثر على مصير الأولاد والأسرة من بعده، وكلما كان العكس أي (رجال) وفي سن متقدمة، وأولاد كبار وليس مصدرا للإنفاق أو الإعالة أي بعيد عن المسؤولية (متقاعد مثلا) كلما انخفضت مشاعر القلق والخوف على مستقبل الأسرة، فيما يبقى الخوف من العجز وتبعاته، والخوف من الموت وتبعات الانتقال إلى عالم مجهول؛ مسألتان قارتان تتفاوت درجة التأثر بها من حالة إلى أخرى..

- محور أثر الظروف الوضعية الأسرية التعليمية على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة بولاية سطيف:

من حيث الآليات ومؤشراتها الآتية:

- الإعلام الصحي
- النضج والوعي الصحي
- البدائل الطبيعة في العلاج

بالتأكيد أن للمستوى التعليمي دورا بالغ الأهمية في درجة الوعي والسلوك الصحي بأهمية التنوع الغذائي والغذاء الصحي، وطرق التناول والطهي السليمة، وممارسة الرياضة البدنية باستمرار وضرورة تخفيض الوزن، وكذلك أهمية الكشف المبكر عن المرض، والمتابعة الطبية والزيارة الدورية للطبيب وإجراء فحوصات بشكل دوري ..وغيرها. وأيضا البحث عن أفضل البدائل في مجال العلاج والاستفسار عن المرض

ومحاولة فهمه ومحاصرته، لكن وبالعودة إلى الواقع نجد أن شريحة المتعلمين (على قلتها في عينة الدراسة) لا تبتعد كثيرا عن الفئات الاجتماعية الأخرى، سواء فيما تعلق بنمط الاستهلاك الغذائي الذي يخضع عادة إلى ثقافة تقليدية سائدة ومفضلة(دائمة ومناسباتية)، أو طرق الوقاية من المرض كإنقاص الوزن أو ممارسة الرياضة، فهذه لا تزال أمورا بعيدة عن واقع الممارسات اليومية رغم المعرفة السطحية بها، أو حتى في العلاج بعد الإصابة بالمرض. أين يتم اللجوء إلى طرق تقليدية في العلاج سواء أغذية أو كّي مثلا أو حجامة أو رقية شرعية أو غيرها. وهنا نسجل اشتراك جميع مستويات التعليم في روح الاستسلام للمرض مع فارق واحد هو سعي المتعلمين لفهم مرضهم والبحث عن أفضل السبل للعلاج وزيارة أكثر من طبيب، وأيضا استياؤهم من طرق التّكفل الصّحي بالمركز، على عكس الأغلبية من ذوي المستوى التعليمي المنخفض الذين يفضلون التكتم عن المرض وتجنب ذكره تماما، مع إغفالهم الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود في سبيل تحسين وضعهم الصحي كالغذاء الصحي وممارسة الرياضة مثلا.

فيما يتم تسجيل حالات تنكر المرض ولا تعترف به أصلا في مرحلته المبكرة، خاصة في أوساط الرجال، إلى أن يباغتهم المرض في آخر مراحله فيضطرهم لمتابعة العلاج قهرا "حالة المريض يوسف" على سبيل المثال.

- محور أثر ظروف التكفل العلاجي على الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة:

- "**الحرب بين الكفاح والمرض، تلك المفارقة العجيبة**"؛ تبين أن المركز يتوفر على طاقم طبي (20 عضوا)[**]، يضم طبيبا واحدا مختصا وأطباء عامون وممرضون ومساعديهم وأخصائيون نفسانيين كلهم مبتدئون في مجال الخبرة (ثلاث سنوات)، وكلهم شباب (أكبرهم سنا 35 سنة وأقلهم 23 سنة تقريبا)، كما يتوفر المركز على الأدوية غير أنّ مسألة التكفل الطبي تبوء بالفشل الذريع أمام تدفق الكم الهائل من المرضى سنويا 1541 حالة جديدة، إضافة إلى كثرة الضغوط المهنية على أعضاء الفريق الطبي، فهناك ضعف وتدني مستوى الأجور وأغلبهم (غير دائمين في إطار سياسة التشغيل والتعاقد)، كما يفتقرون إلى تدريب وإلى ثقافة صحية وقائية عالية؛ تؤهلهم إلى تحقيق السّلامة المهنية، هذا دون أن ننسى ضعف آليات التسيير الإداري وسوء التنسيق بين مصلحتي العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي

[**] تصريحات قديمة للسيدة أمينة رئيسة المصلحة سابقا- بتاريخ 13 مارس 2015، مع العلم أن ثمة تطور في مستوى حجم الطاقم الطبي بالمركز الى جانب زيادة وتحسين في مستوى التجهيزات الطبية حاليا، هذا مع عدم تمكننا من رصد الحقائق بصورة رسمية. غير أن هذا لن يؤثر ولن يحدث الفارق في اعتقادنا طالما أن الزيادة في عدد المصابين هي مضاعفة ما يعني عدم التوازن بين حجم المرضى وحجم التكفل الطبي وامكاناتها، حسب احصائيات البروفيسور حامدي الشريف لسنة 2011- 2016 تزيد عن 9244 حالة بمعدل 1541 حالة سنويا ما يعني أن الرقم أصبح خلال سنة 2018 يربو عن 10785 حالة، مع علمنا أن مواعيد العلاج كما في السابق، بقيت ثابتة أي بمعدل 21 يوم لكل مريض.

وحتى مع مركز ايواء المرضى "دار الصبر" (عدم توفر سيارة اسعاف لنقل المرضى على سبيل المثال).

- "**مجتمع العيش تحت ظـلال المـوت وهلامه**" إنّ مخالطة واقع كئيب باستمرار وبشكل يومي يعمل على نشر عدوى الاندماج فيه، من حيث ملامسة مشاعر الحزن والكآبة والشفقة والإحساس بالعجز رغم الرغبة في تقديم الخدمة أو المساعدة، دون إجراء تعويض قانوني لهذه الأضرار النفسية، فحديث العاملين بالمركز يدور حول من انقضى أجله ومن ينتظر الموت بعد؟ وليس على ألسنتهم إلاّ كلمة: "عظّم الله أجركم"، "مّسكين"، "صّدقة جارية"، "الله غالب"، كما علمنا أنّ الأغلبية يطالبون بتحويل مقر عملهم من المركز وأنّ اثنان منهم أصيبوا بانهيار عصبي حاد فتم تحويلهم قهرا.

- كما أنّ صورة المرض لدى الفريق الطبي والمحيطين بالمريض في العموم هي صورة قاتمة، حيث تؤثر سلبا على تعزيز فكرة الموت وانطباع صورة عدم إمكانية الشفاء من المرض لدى المريض. حيث أنّ داء السرطان في مفهوم أغلب المستجوبين يعادل الموت المحقق، أي العيش في ظل الموت، أي لا شفاء ولا نّجاة والحل ربما يكون الوقاية فحسب، أما الأعمار فهي بيّد الله، وهنا يبرز البعد الثقافي والديني في تقرير مصير المريض وحتى في تقويض المرض والبحث الجّاد عن محاولة إيجاد حل له أو أمل في الشفاء منه، بعيدا عما هو علمي وبشري، وهذا بدليل تفضيل بعض المختصين النّفسانيين بالمركز خيار عدم مقاومة المرض في حالة إصابتهم به على الخضوع لمتابعة العلاج الكيميائي، وبالطبع فانّ هذه النظرة لها الأثر الكبير والسلبي على نفسية المريض حيث تفقده الأمل في الحياة.

- **أثر السياسة الصحية الوطنية على الصحة العمومية في المجتمع الجزائري:** من خلال الدراسات العلمية السوسيولوجية والاحصائيات الرسمية والمقابلات العلمية؛ فإنّه تم رصد ما يلي من الاليات ومؤشراتها:

- **سياسة تستهدف محاربة الجوع لا تأخير الموت؛** تمت الإشارة في ما سبق إلى جهود الدولة الجزائرية في مجال تحسين مستويات المعيشة والعمر ومحاربة بعض الأمراض المزمنة التي كانت فيما سبق تشكل خطرا يتهدد حياة المواطنين خاصة شريحة المواليد، غير أنّ معظم الدراسات الميدانية حول السياسة الصحية تشير في نتائجها إلى وجود اختلالات كبيرة في مجال تسيير القطاع الصحي ناهيك عن المفارقة الكبيرة بين الأهداف المنشودة وما يفترض من مساعي تم تجسيدها في أرض الواقع، كما تدعم هذا الموقف أيضا نتائج المقابلات التي قمنا بإجرائها مع بعض الأطباء والمتخصصين وأيضا عبر ما تم عرضه في بعض البرامج الصحية الإعلامية الوطنية، وفي العموم نسجل: ضعف الاهتمام بالتخطيط العمراني وبالمساحات الخضراء وبالنظافة العمومية ومعالجة النّفايات بالتقنيات الصحيحة "الردم الصحي"، وأيضا توفير الماء الشروب النّقي، وأيضا مراقبة المنتجات الغذائية وفرض تطبيق قوانين رادعة على المخالفين لمعايير الجودة تحقيقا لحماية المستهلك، ناهيك عن محاربة التّزوير والغش في الصناعات الغذائية، مع قلة المخابر لمراقبة وتحليل المنتوجات الاستهلاكية الغذائية المستوردة من الخارج، وضعف آليات المتابعة القانونية لبّارونات الأدوية في الجزائر، عدم استقلال القطاع الصحي عن هيمنة النظام السياسي والقطاع العمومي، ومشكلات نظام التعويض، والنظام التعاقدي، وجود مضايقات أمام القطاع الخاص

ومعوقات المنافسة القانونية النظيفة، مع اغفال المراقبة والمتابعة القانونية الجادة، ضعف تدخل مؤسسات المجتمع المدني،.. كل هذه العوائق تمارس أثرا سلبيا كبيرا جدا على واقع الصحة العمومية، ما يعرض صحة المواطنين للخطر الدائم.

- **سياسة تستهدف تخفيض عدد النّسل لا تحسين نّوعية النّسل؛**

لغرض تحقيق التوازن بين الانتاج والاستهلاك وبين النمو الاقتصادي والنمو الديمغرافي؛ سعت وتسعى الدولة الجزائرية إلى انتهاج سياسة تخفيض النسل وتنظيم الولادات، حيث خصصت غلافا ماليا لاقتناء وسائل تنظيم الحمل والولادات وفي مقدمتها حبوب منع الحمل للسيدات، بجميع أنواعها، هذه التّي تعني في عمومها الإساءة إلى صحة المرأة بالدرجة الأولى دون المساس بصحة الرجل، حيث تنتشر الحملات التحسيسية بشأنها وتّروج لها عبر وسائل الإعلام الوطنية وكذلك عبر مشافي ومراكز الصّحة الجّوارية، إذ تتكفل مجانا بالمتابعات الدورية لحالات الحمل في مختلف مناطق الوطن، مع المعلوم أنّ أكثر إصابات النساء هي سرطانات الثّدي والرحم، حسب تصريح أحد الأطباء، يكون سببها غالبا هو تعاطي حبوب منع الحمل إذ أنّ إصابة النساء في مرحلة الشباب أي العشرينات والثلاثينات تكمن خلفها تعاطيهن هذه الحبوب بسبب العمل أو الرغبة في تنظيم الولادات، فيما يكمن الخطر في امكانية تحولها إلى أمراض وراثية للأبناء مستقبلا، وهذا ما يمكن أن يفسر انتقال السرطان عبر الوراثة بنسبة 10 بالمائة، فيما تتشكل الإصابة بالسّرطانات لدى النساء المتقدمات في العمر، بسبب تعاطيهن حبوب منع الحمل للتخفيف من اضطرابات مرحلة سن اليأس. وحسب تصريح إحدى الطبيبات فإنّ هناك أنواعا محددة تزيد من حالات الخطر بوصفها عوامل تحريضية

قوية جدا للإصابة بداء السرطان، وهذا بموجب ما وقفت عليه انطلاقا من خبرتها في المتابعة الصحية، وهذه الأدوية التي ذكرتها وتمتنع شخصيا عن تشخيصها لمريضاتها هي:

- Stédéril
- Marvelon
- Adipal
- Microgynon

– النتائج العامة لبيانات استمارة الاستبيان وبيانات شبكة الملاحظة والمقابلة:

– هناك علاقة أثر قوية جدا بين الظروف الأسرية للمصابين بداء السرطان بولاية سطيف (الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والثقافية والنفسية) وبين وضعيتهم الصحية. حيث أنّه كلما كانت هذه الظروف جيدة، كلما ساعدهم الأمر أكثر على مقاومة المرض، وأكسبهم ثقة وقوة لتّحدي تبعات العلاج ومضاعفاته القاسية، وبالتالي المساعدة على إمكانية الحصول على أمل أكبر للشفاء أو تحسين الحالة (داخل رواق الموت أو ظله) إنّ صح التعبير، وتناسي المرض والعيش بطريقة عادية كحال أي نوع من المرض. كما؛

– هناك علاقة قوية بين الظروف الأسرية وبين الظروف المجتمعية والتي يصطلح على تسميتها لدى العموم بالواقع، حيث تمارس الظروف المجتمعية السوسيو– مجتمعية دورا غير قليل في انتشار مرض السرطان، من حيث احتضانها للعوامل الفيزيائية والطبيعية المسببة له بوصفها عوامل تحريض أو خطر، ومنه يكون الأثر على تدهور الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان. ويمكن أن نحدد بشأنها ما يلي:

· **العـــــوامل السكانية من حيث اكتظاظ السكان:** بسبب النمو الديمغرافي في المدينة + الهجرة الداخلية من حيث ارتفاع وتيرة الاستقطاب نحو مدينة سطيف خاصة، لاسيما خلال فترة العشرية السوداء من سكان العاصمة خاصة والبليدة ومناطق مجاورة لبؤر التوتر+ دخول مهاجرين غير شرعيين: كالصوماليين من أفريقيا والسوريين من المشرق) حيث يساهمون جزئيا في زيادة مستوى التلوث البيئي (نشر الأوساخ، وربما نقل عدوى بعض الأمراض، وإقامة الأحياء الفوضوية والتجمعات الفوضوية) ناهيك عن التّسبب في إثارة القلق والانزعاج بسبب انتشار مظاهر غير التحضر كالتسول في مفترق الطرقات وأمام المساجد والأسواق والبنوك ومراكز البريد والمواصلات، وأحيانا السرقة والعنف والنصب في حالات قليلة.

· **العـــــوامل الكيميائية،** طبيعة وطريقة وشكل الإنتاج الزراعي، من خلال النظر في أسلوب العمل الفلاحي واستخدام الأسمدة الكيميائية في مقابل الاستغناء جزئيا عن استخدام الأسمدة الطبيعية، وإنتاج المواد الاستهلاكية كالخضر والفواكه والحبوب داخل البيوت البلاستيكية في الفصول الأربعة. وكذلك الأمر بالنسبة للثروة الحيوانية (بقر، غنم، دجاج، بط، ديك رومي، سمك) كلها لم تسلم من حقن المضادات الحيوية وحتى العلف اصطناعي وليس طبيعي في الغالب، هذا بالإضافة إلى تلوث الماء الشروب، من خلال تلوث مصدره الرئيس، سواء كان سد عين زادة أو غيره، فقد قمنا بملاحظة ما يعتليه من زبد يميل إلى السّواد "**وسـخ**" بعد غليه مباشرة، وكررنا التجربة لأكثر من مرة، مع العلم أنه أحيانا يكون دون سواد. هذا بالإضافة إلى

مياه الآبار التي يقوم أغلب سكان سطيف بجلبها من المساجد مثلا؛ فهي أيضا – حسب تصريح أحد الأطباء لا يمكن أن تخلو من خطر وجود بعض العناصر الكيميائية المضرة بالصحة لأنها لم تخضع للمعاينة الطبية، وبهذا تكون أخطر على الصحة من ماء الحنفيات المعالج.

· **العــوامل الفيزيائية:** لاشك في أنّ الانتشار واسع الاستخدام وغير المعقول للوسائل التكنولوجية الحديثة، وبخاصة الهاتف النّقال، والإدمان عليها، إضافة إلى الأجهزة الأخرى كالتلفزيون والأنترنت وغيرها، يتسبب في إلحاق الأذى بالصحة العمومية عبر الاشعاعات الأيونية. كذلك تعرض أكياس الحليب وقوارير الماء والعصير والمياه الغازية إلى أشعة الشمس، ناهيك عن إعادة استعمالها لأكثر من مرة في البيوت وملئها بسوائل أخرى ثم يتم اعادة بيعها كزيت الزيتون مثلا، وعدم احترام درجة الحرارة التي يفترض أن تحفظ فيها مختلف المواد الغذائية كالبيض مثلا(يحفظ في حرارة تقدر ب 4-6 درجة)، كلها تؤثر سلبا على الصحة من حيث درجة التّسمم والتعرض لعوامل تحريضية للإصابة بالسرطان خاصة المعدة والقولون.

– تبين أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية تمارس الأثر الأكبر في زيادة الإساءة إلى الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان لدى مجتمع الدراسة بولاية سطيف. سواء في تقبل المرض والتكيف معه، أو الاستجابة لمتطلبات العلاج الطبي. ويرجح أغلب المرضى أن يكون المسؤول غير المباشر في إصابتهم بالمرض وليس أسباب بيولوجية خالصة،

- كما وتبين أن نمط المعيشة هو في ظاهره وعمومه تقليدي بالدرجة الأولى، ولا يتم تماما وفق النمط الغربي خاصة في مجال ثقافة الاستهلاك الغذائي**. وأنّ عوامل ومحددات الإصابة، كما كشفت عنها الدراسات الغربية (كمتغير العمر أو النمط الغذائي مثلا)، لا تنطبق تماما مع عوامل الإصابة بمرض السرطان في مجتمع الدراسة الحالية بسبب اختلاف الظروف السوسيو- اجتماعية لهم على الصعيد الأسري كما على الصعيد المجتمعي.

2) عرض ومناقشة النتائج الجزئية للدراسة الكمية في ضوء تساؤلاتها الفرعية:

- عرض النتائج الجزئية للدراسة الإحصائية "تقنية الاستمارة":

النتائج الجزئية لبيانات المحور الثاني "الظروف الاقتصادية":

- ✓ أغلب أسر المصابين بداء السرطان يعيشون في سكنات اجتماعية "شقق" أو سكنات عائلية تقليدية؛

** حيث أن **النمط الغذائي الغربي** يعتمد على استهلاك اللحوم الحمراء والبيضاء وفواكه البحر أكثر من استهلاك الحبوب كمصدر للعجائن، كما يتم استهلاك التدخين والخمور بجميع أنواعها لدى الجنسين أكثر، فيما لم تثبت عينة الدراسة استهلاكها اطلاقا لدى شريحة النساء تماما رغم كونهن أغلب المصابات، فيما تنتشر أنواع معينة من الخمور ربما تتصف برداءة الجودة، فيما قد يفوق استخدام حبوب منع الحمل في المجتمع الجزائري على غرار نظيره الغربي، نظرا لتعدد وسائل منع الحمل خارج الحبوب، وكذلك امكانية الاجهاض في حالات معينة رغم قانون حظرها في العالم الغربي، ومن المهم الإشارة إلى اعتماد الغرب نظام التعديل الجيني في مجال إنتاج المحاصيل الغذائية لغرض تحسينها، فيما لا يمكن أن يتوفر هذا الأمر في البلدان المنخفضة اقتصاديا. الحياة الاجتماعية في مجتمع الدراسة لا تزال مرتبطة بكثير من العادات والتقاليد الموروثة، وخارج استعمال آلة الغسيل واقتناء الخبز الجاهز من المخابز في العموم، فإن الأدوار تبقى شبه ثابتة لدى الجنسين لاسيما أن أغلب مفردات العينة من النساء هن ماكثات في البيت ومستواهن الدراسي منخفض ويعشن في اوساط ريفية وشبه حضرية.

- ✓ أغلب الإحياء السكنية شعبية تتميز بقدر من النظافة وظروف الإقامة صحية؛
- ✓ أغلب الحالات تعتمد على دخل فردي فقط "دخل الزوج "
- ✓ أغلب الحالات دخول مادية متوسطة: (اقتناء المواد الغذائية الأساسية والمتوسطة الأسعار، غذاء متنوع وصحي)
- ✓ تقارب نسب بين من يمتلكون سيارة خاصة ومن لا يمتلكونها ويلجئون إلى سيارات الأجرة أو النقل العمومي وهم أغلبية في هذه الفئة؛
- ✓ تقارب في نسب بين من يترددون على أطباء كثيرين وبين من لا يترددون إلا على طبيب واحد في مركز العلاج؛
- ✓ أغلب الحالات لا يستطيعون إجراء عمليات جراحية على حسابهم الشخصي بسبب ضعف القدرة على دفع المستحقات المالية في المؤسسات الخاصة أو في العلاج في الخارج؛

أغلب الحالات تعتقد بدور الظروف المادية الجيدة في تحقيق فرصة التماثل للشفاء.

النتائج الجزئية لبيانات المحور الثالث "الظروف الاجتماعية":

- ✓ أغلب الحالات تمثل ظاهريا أو شكليا نمط الأسرة النووية؛ فيما تبقى الأواصر متواصلة بالأسرة الكبيرة.
- ✓ أغلب الحالات تنفي التصريح بوجود خلافات أسرية بشكل دائم داخل الأسرة؛ والنسبة المتبقية تعزو الأسباب إلى الظروف المادية بالدرجة الأولى على غرار تقارب النسب

التي تقر بوجود عنف زوجي بشكل غالب وعنف الأبناء الذكور إزاء الآباء بشكل أقل؛

- ✓ أغلب الحالات تتميز بعلاقة جيدة بين الآباء والأبناء؛
- ✓ أغلب ردود أفعال الحالات إزاء اكتشاف الإصابة بالمرض كانت البكاء في البداية ثم التقبل والرضا بقضاء الله وقدره والصبر فيما بعد؛
- ✓ أغلب الحالات تميل إلى عدم إخفاء المرض عن الآخرين مع وجود قلة من الحالات التي لا تعلم بإصابتها أو تحاول إخفاء المرض عن الأولاد أو عن بعض الأقارب؛
- ✓ أغلب الحالات تسر بزيارات الأقارب والأصدقاء والأحباب؛
- ✓ أغلب الحالات تتضايق من الحديث عن السرطان؛
- ✓ أغلب مواقف أزواج المصابين كانت التحلي بالصبر والرضا وتقديم المساندة؛
- ✓ تتقارب نسب الحالات بين الاعتقاد بوجود علاقة قوية بين المشاكل الاجتماعية والإصابة بالمرض وبين من لا يعتقدون بذلك.

النتائج الجزئية لبيانات المحور الرابع "الظروف التعليمية الثقافية":

- ✓ أغلب المستويات التعليمية لأفراد اسر المصابين بداء السرطان منخفضة أو متوسطة؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة تعتقد بأهمية التعليم في تحقيق الاستقرار الأسري؛
- ✓ أغلب الحالات تعتقد بأهمية دور التعليم في اختيار طريقة الحياة والعيش بشكل سليم؛

- ✓ تتقارب نسب الحالات بين من يقرؤون الجرائد وبين من لا يقرؤون واغلبها ذات طابع سياسي واجتماعي؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا لا تمتلك مكتبات شخصية في البيت (ثقافة عامة أو مدرسية)؛
- ✓ بالنسبة للفئة التي تطالع (على قلتها) فهي تفضل مطالعة الكتب الدينية أو الرياضية أو كتب تجارية كفن الطبخ والحلويات؛
- ✓ أغلب الحالات تتابع القنوات الوطنية (الدينية أو الأخبار أو برامج صحية)؛
- ✓ تتقارب نسب الحالات بين من يمتلكون ملفا طبيا وبين من لا يمتلكونه؛ وفي الغالب لم يكونوا يمتلكونه قبل الإصابة بالمرض؛
- ✓ أغلب الحالات لا تزور الطبيب للكشف إلا في حالات المرض الشديد، أو تلك التي تعاني من أمراض مزمنة كداء السكري أو الحساسية والروماتيزم وأمراض المعدة والقولون والغدة الدرقية؛
- ✓ أغلب الحالات المصابة لا تمتلك القدرة على التكفل بمتابعة العلاج على الحساب الشخصي لضعف القدرة المالية؛
- ✓ أغلب الحالات لا تتقيد بالقواعد الصحية في شراء المواد الغذائية والاستهلاك؛
- ✓ أغلب الحالات لا تهتم بنوعية الغذاء؛
- ✓ أغلب الحالات تعتمد على استهلاك المأكولات التقليدية (العجائن تحديدا) ثم مرق الخضر بنسب أقل ثم السلطات واللحوم والفواكه بنسب ضعيفة؛

- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا لا تتناول المأكولات الجاهزة؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا تستهلك المشروبات الغازية؛
- ✓ أغلب الحالات تستهلك المياه العادية؛
- ✓ كل الحالات (من جنس الإناث) تتجنب مطلقا التدخين وتناول الكحول، بعض الحالات من جنس الذكور أقلعت عن التدخين والكحول بعد اكتشاف الإصابة بالمرض؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا تعتقد بأنّ عدم الالتزام باحترام قواعد النظافة (النظافة الشخصية ونظافة البيئة) يسبب الإصابة بالمرض؛
- ✓ أغلب الحالات من النساء لا يمارسن الرياضة إطلاقا وأغلب الحالات من الذكور وبنسبة معتبرة جدا لا يمارسون الرياضة أيضا؛
- ✓ أغلب الحالات تعتقد بوجود علاقة وثيقة بين طريقة الحياة السيئة وبين الإصابة بالمرض؛

إدلاء أغلب الحالات بوجود علاقة قوية بين المستوى التعليمي وبين طريقة الحياة الجيدة.

النتائج الجزئية لبيانات المحور الخامس "الظروف النفسية":

- ✓ تبلورت ردود أفعال أغلب الحالات من الجنسين في البكاء والحزن ابتداء ثم التقبل والتحلي بالصبر؛

- ✓ ما يزيد عن نصف الحالات صرحوا بكونهم لا يعانون من الحرمان العاطفي داخل أسرهم؛
- ✓ أغلب الحالات من الجنسين وبنسبة معتبرة صرحت بشعورها بالتقدير الأسري؛
- ✓ يعتبر "البكاء والحسرة والشفقة" الموقف الغالب لدى أزواج وأهالي وأقارب أغلب الحالات، كما اعتبرت المساندة العاطفية الموقف الغالب أيضا لدى فئة النساء دون الرجال واعتبرت "اللامبالاة أو العادي" الموقف السائد لدى الأزواج بالنسبة لفئة النساء؛
- ✓ أغلب الحالات من الجنسين يفضلون عدم إخفاء خبر إصابتهم بالمرض عن أسرهم وأقاربهم؛
- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بأنّ أزواجهم لم يفكروا في إعادة بناء حياتهم من جديد أمامهم ولم يصرحوا بذلك أمامهم؛
- ✓ تقارب في نسب تصريحات الحالات بين من تروق لهم زيارة الأقارب وتسعدهم وبين من تزعجهم وتضايقهم؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بالاهتمام بتفاصيل المرض بعد الإصابة فقط؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت باعتقادهم أن السرطان لا يسبب الموت؛ وإنما الموت بالأجل؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بامتلاكها الأمل في الشفاء؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بأنّ الثقافة الصحية لها دورا كبير في تحسين الوضعية الصحية؛

- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بأنّ التّغذية الجيدة والصحية تحسن الوضع الصحي للمريض؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بأنها كانت تعاني من ارتفاع مشاعر القلق قبل الإصابة بالمرض؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بارتفاع منسوب الشعور بالقلق بعد الإصابة بالمرض؛ بسبب أولا الخوف من العجز ثم بدرجة أقل الخوف على الأولاد الصغار ثم بدرجة أقل الخوف من الموت؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة صرحت بعدم معاناتها من حالة الاكتئاب؛
- ✓ أغلب الحالات صرحت بلجوئها إلى (الدعاء وصلاة النوافل والاستغفار) كأساليب الرجاء والتوسل إلى الله تعالى طلبا للشفاء؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بالاعتقاد بأنّ رحمة الله قريبة منهم؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بالاعتقاد بأنّ قدرة الله تفوق قدرة الطب؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة أيضا صرحت بأنّ الإصابة بالمرض من قبيل الابتلاء من الله وأنّه يبتلي من يُحبّهم "زكاة النفس"؛

أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بوجود علاقة قوية بين الظروف النّفسية الجيدة وبين وضعيتهم الصحية – واحتمال التماثل للشفاء.

النتائج الجزئية لبيانات المحور الخامس "الظروف الثقافية":

- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة تتجنب الإشارة إلى مرض السرطان باسمه وتستعير تعبيرات أخرى للكناية عنه؛
- ✓ ما يزيد عن نصف الحالات لا تعتبر السرطان مرادفا لمفهوم الشّر بل هو قضاء وقدر؛
- ✓ أغلب الحالات تعتقد أن الإصابة بالسّحر أو العين والحسد يسبب السرطان؛
- ✓ أغلب من يعتقدون بما سبق يمارسون، بشكل شبه منتظم الرقية الشرعية ويشعرون بتحسن حالتهم النفسية وقلة منهم تحسن حالتهم الجسدية؛
- ✓ أغلب الحالات تفضل الأكلات التقليدية والالتزام بها في المناسبات المتكررة وفي غيرها "الكسكس– الشخشوخة"؛
- ✓ أغلب الحالات تفضل استهلاك المشروبات الصحية "مياه عادية أو عصائر وقلة المياه الغازية)؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة تعتمد على طعام واحد لجميع أفراد الأسرة؛
- ✓ أغلب الحالات تستهلك الطعام المعد في المنزل وليس خارجه؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة لا تحقق التوازن الغذائي في نمط الاستهلاك اليومي؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا أصبحت تهتم بصحتها بشكل مفصل بعد إصابتها بالمرض وليس قبل ذلك؛
- ✓ أغلب الحالات يعانون من أمراض أخرى أكثرها انتشارا: ارتفاع الضغط الدّموي وأمراض المعدة والقولون بدرجة أولى ثم الحساسية والقلق والإجهاد بدرجة ثانية؛

- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا لا يتداولون إلاّ على طبيب واحد وهو الطبيب المعالج في المركز؛
- ✓ تتناصف نسب الحالات بين من يلجئون إلى علاج تدعيمي كالعلاج التقليدي أو الطب البديل وبين من يفضلون الاقتصار على العلاج الكيميائي فقط؛

أغلب الإجابات تنم عن وجود علاقة قوية بين النسق الثقافي في (سيطرة الاعتقادات اللامادية حول الإصابة بالمرض، طرق وأساليب العلاج، ممارسة العادات السلوكية الغذائية).

النتائج الجزئية لبيانات المحور السابع "ظروف التكفل الصحي":

- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بانتظام مواعيد العلاج مع طول المدة؛
- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بالشعور بالراحة النفسية بعد المعاينة الطبية في المركز؛
- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بأنّ لهم علاقة جيدة مع الأطباء المتابعين لهم في المركز؛ وأنّ الأطباء يتحدثون إلى مرضاهم عن حالتهم الصحية لكن بشكل غير مفصل؛
- ✓ أغلب الحالات بنسبة معتبرة جدا صرحت بأنّ لها علاقة حسنة مع الممرضين في المركز؛
- ✓ أغلب الحالات وبنسبة معتبرة جدا صرحت بالاعتقاد بأهمية المتابعة الدورية في تحسين الوضعية الصحية؛

- ✓ أغلب الحالات وبشكل يكاد يحقق الاجماع صرحوا بأن تجربة خضوعهم للعلاج الكيماوي هي أسوأ تجربة على الإطلاق لكونها قاسية ومؤلمة ومرهقة؛
- ✓ ما يزيد عن نصف الحالات –ليس ببعيد– صرحت بوجود عملية التحسيس والتوعية بمضاعفات العلاج في المركز بينما لا يدرك البعض الآخر بوجود أخصائيين نفسانيين أصلا؛
- ✓ أغلب الحالات صرحت بأنّ مسؤولية عملية التحسيس تقع على عاتق الجميع (إدارة المركز والطبيب المعالج والأخصائي النفساني ورئيس المصلحة)؛
- ✓ ما يزيد عن نصف الحالات صرحت بعدم تأخر مواعيد العلاج الكيماوي (خاصة الحالات الجديدة) بينما أكد البعض الآخر تسجيل تأخر في المواعيد (الحالات القديمة نسبيا)؛
- ✓ أغلب الحالات تؤكد توفر المركز على أجهزة للعلاج الإشعاعي (المغاطيسي) بينما يؤكد القلة على وجوده مع عدم جدواه نظرا للمفارقة الكبيرة بين عدد الأجهزة (03) وبين عدد المرضى (4000–5000) حالة (آنذاك سنة 2015)؛
- ✓ حول الصعوبات التي من المحتمل أن تواجه المرضى في العلاج الإشعاعي صرحت أغلب الحالات بوجود صعوبات في مقدمتها طول انتظار الدور؛
- ✓ أغلب الحالات أكدت على أهمية دور الأخصائي النفساني وحاجتهم الماسة إليه والتي يفتقدونها حقا؛

- ✓ أغلب الحالات خضعت لإجراء عمليات جراحية في المركز والبعض خارجه؛
- ✓ أغلبهم يؤكدون وجود صعوبات مالية لتمويل العمليات الجراحية خارج المركز؛ ولجوء أغلبهم إلى طلب إعانات من الأقارب والزملاء والجيران وتبرعات المحسنين في المساجد وبعضهم يلجأ إلى الاقتراض؛
- ✓ إقرار أغلب الحالات بتأثير صعوبة جمع التكاليف لإجراء العملية والعلاج على تدهور الوضع الصحي لهم؛
- ✓ أغلب الحالات صرحت بالاعتقاد بأن مستوى تكوين الأطباء جيد؛
- ✓ تصريح ما يزيد عن نصف الحالات على أنّ كفاية الفريق الطبي في المركز من حيث العدد؛
- ✓ تقارب النسب في موقف الحالات بين من يعتقد بأنّ مستوى الخدمات الصحية في المركز جيد – حسن وبين من يعتقد العكس؛
- ✓ تصريح أكثر من نصف الحالات عن شعورهم بالراحة في المركز؛

أغلب التصريحات تؤكد العلاقة القوية بين مستوى التكفل الصحي والوضعية الصحية للمرضى.

- النتائج العامة لتقنية الاستمارة:

بعد استقراء البيانات الجزئية لتقنية الاستمارة أو الاستبيان، وشبكة الملاحظة وشبكة المقابلة تم تسجيل ما هو آت من الاستخلاصات:

أنّ الظروف المادية والثقافة الصحية والوعي الصحي لا تقضي على الإصابة بالمرض "السرطان"، لكنها تساعد على مقاومة العلاج الكيماوي والتخفيف من مضاعفاته القاسية (التعب والدّوخة والغثيان وتساقط الشعر وفقدان الشهية والوزن)، كما تعمل على تحفيز دور الجهاز المناعي ومنه تحسين مستوى كفاءته في مقاومة انتشار الخلايا السرطانية وتدميرها، بينما تتسبب الظروف الاجتماعية السيئة، والتي سجلنا آثارها القوية على صعيد التفاعل الأسري والصعيد البيولوجي والنفسي، في حدوث مضاعفات السرطان حيث أن أغلب الحالات، وإن لم تصرح علانية بوجود خلافات ومشاكل قوية لكننا وبتكرار الأسئلة في صور مختلفة، تبين لنا أنها موجودة وبقوة تتبلور في سيادة ما يمكن أنّ يقع تحت مسمى الظلم الاجتماعي كمفهوم، وما قد يترتب عنه من ارتفاع منسوب مشاعر الحقــرة والدُّونية وازدراء الذّات، خاصة من قبل الأزواج تجاه الزوجات، وأيضا من قبل الأولاد الذكور تجاه الأمهات والأقوياء ضد الضعفاء، والكبار ضد الصغار، وهذا ما يفسر إصابة النّساء أكثر من الرجال رغم ظروف العيش ذاتها، ومنه عدم المساواة في العطاء والاحترام والتقدير الاجتماعي، وما يترتب عنه من الإهمال والعنف المادي والرمزي، فيما يتولد عنه الكبت والغّل والحقد والحسد وعدم الرضا وقلة الصبر والاحتساب "أمراض القلوب"، والذي ربما يؤدي إلى استنهاض نّشاط الخلية السرطانية في حالة تعذر التّنفيس عن هذه المشاعر السّلبية برد فعل في صورة انتقام للذات، أو امتلاك القدرة على الصفح والتسامح.

أما عن الظروف الثقافية وطريقة المعيشة وفق النمط التقليدي المخالف للنمط الغربي؛ كشفت الدراسة أنه لا علاقة كبيرة وواضحة بينها وبين الإصابة بالمرض إطلاقا عدا ما تعلق بتعاطي حبوب منع الحمل أو تناول البطاطا المقلية، وهذا ما يخالف نتائج بعض الدراسات الغربية السابقة، بدليل أن النمط المعيشي لمجتمع الدراسة "ولاية سطيف" لم يتغير كثيرا ولا جوهريا "عن نمط

آبائهم وأجدادهم من حيث طريقة الحياة وأشكال التفاعل رغم ما قد يبدو من مظاهر اختلاف، بحكم أن أغلبهم من الأرياف ومن ذوي المستوى التعليمي المنخفض، وما يزالون محافظين على العادات والتقاليد التي لم تسبب (حسب تصريحاتهم) إصابة أجدادهم بهذا المرض، كما يشكل البعد النفسي والديني "الإيمان والاحتساب" صمام أمام الانتحار "لكون انتظار الموت أو العيش في ظل الموت هو أشد من الموت ذاته" والموت من السرطان هو أفضل مائة مرة مما يلامس الموت بالعلاج الكيماوي"، كما يقدم وصفة المساندة العاطفية أيضا لعائلة المريض، الذين لا تختلف معاناتهم كثيرا عن معاناة مرضاهم "لا يوجد أكثر من الموت مصيبة، ففقدان الأعزاء والأحباب هو المصيبة بعينها" يقول وليام جيمس: "إنّ أعظم علاج للقلق هو الإيمان " إنّ بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم، فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه تعالى تحققت كل أمنياتنا وأمالنا"[1].

وبخصوص التكفل الصحي بالمركز سجلنا بداية مشجعة لكنها تفتقر إلى الإمكانات من التجهيزات العلاجية، وأيضا الموارد البشرية المؤهلة ومن ذوي الخبرة الطويلة، فهناك نقص كبير في طاقم الأطباء المتخصصين في الجراحة والأطباء المساعدين ثم الأطباء العامين وأيضا الممرضين المتكونين، معدومي الخبرة. حيث أن التكفل الصحي الجيد (يضمن رفع معنويات المريض نفسيا) ويساعده على مقاومة المرض وتقبله.

[1] انظر: عبد المجيد سيد احمد منصور وآخرون: **السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي وأسس علم النفس المعاصر**، مكتبة الانجلو المصرية –القاهرة 2002. ص ص: 354-364.

3- النتائج العامة النهائية للدراسة الحالية:

مما سبق نسجل النتيجة العامة:

من ناحية أولـــى؛ أثبتت نتائج الدراسة الحالية قوة العلاقة بين الظروف السوسيو- المجتمعية داخل النسق الأسري أو داخل النسق الاجتماعي العام للمصابين بداء السرطان وبين وضعيتهم الصحية، حيث أن مجمل الظروف تمارس أثرها بقوة عبر آليات تكتنزها مقومات التنشئة الثقافية والاستهلاكية للمجتمع الجزائري، ما يؤدي إلى زيادة في تدهور في وضعيتهم الصحية.

من ناحية ثــانية؛ أثبتت نتائج الدراسة الحالية، أن العامل الثقافي والاجتماعي هو أكثر العوامل أثرا وتأثيرا على تدهور الوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان في مجتمع الدراسة.

- ✓ أغلب المصابات لم تتجرأن، ابتداء، على التصريح بوجود مشاكل أسرية وخاصة زوجية، فيما تم اكتشافها من خلال أسئلة أخرى غير مباشرة وكذلك محاولات ثانية، هذا الذي يحمل في طيّه دلالات المفهوم الاجتماعي للصبر ولمفهوم الصلاح (الزوجة الصالحة)، فيكون السبب في قبول هكذا وضع إنما هو الانصياع لاعتبارات الاجتماعية، حيث أنّ كل ما يحدث في الأسرة من مشاكل واختلالات يجب أن يبقى طي الكتمان، وأن العلاقة الزوجية الناجحة هي تلك التي تتمتع بقوة الاحتفاظ بالأسرار الزوجية والنفس الطويل من الصبر والتحمل دون أن تفكر في استشارة الغير أو أن تبحث لها عن حلول عملية. فمهما كانت الظروف صعبة فلا بد أن تبقى من الطابوهات التي لا يجب لأحد الاطلاع عليها، فيما تؤكد، دراسات سيكولوجية[1] وسوسيولوجية أنّ القهر والاكتئاب وتخزين الهموم وتركيم

[1] محمد العيسي وآخرون: **الاستجابات الانفعالية لدى طلبة الجامعة**، سلسلة احذر من الخطر قبل فوات الأوان، منشورات مخبر الوقاية والارغنوميا- جامعة الجزائر 2، الطبعة الأولى، 2015.

الخبرات السلبية والحياء والصمت، من خلال محاولات التكتم عليها وتحميل النفس أكثر مما تطيق؛ قد يعزز مضاعفاتها الجانبية ويستدعي أضرارا لها أبعاد بدنية. وهذا ما تؤازره نتائج بحوث عديدة حول الأمراض الاجتماعية في هذا العصر كداء السكري وارتفاع الضغط الشرياني والأمراض المناعية وداء السرطان.

✓ إنّ تطور المشكلة الصّحية قد يرجع في عمومه إلى الاعتبارات الاجتماعية والاقتصادية والتي لا تعمل بمعزل عن الموجهات السوسيو ثقافية، حيث الإصابة ببعض الأمراض البسيطة قد يتطور إلى الإصابة بداء السرطان، كسرطان عنق الرحم الذي كان يحتل المرتبة الأولى سنة 1986، قبل أن يسطع نجم سرطان الثدي في المرتبة الأولى خلال السنوات الأخيرة. فليس بعيدا أنّ ثألول واحد (16–18) في جهاز الرحم قد يتحول إلى سرطان، وما منع علاجه في بدايته إلاّ تلك الطّابوهات الاجتماعية، التي يمنع الرجال بموجبها زوجاتهم من العلاج لاعتبارات جنسية. والحال نفسه بالنسبة لسرطان الثدي المرتبط باختلال الهورمونات لأسباب اجتماعية ونفسية ومادية ناهيك عن تعاطي حبوب منع الحمل، هذا الذي يمتنع عنه عالم الرجال قصدا، حيث يتفادون تعريض صحتهم للإصابة بأي خلل وظيفي فيما يقبلون على تنظيم النسل أو تحديده تماشيا وما يناسب ظروفهم المادية.

✓ لقد تعودنا عند السؤال عن الحال أن نجيب بكلمة واحدة لا بأس، التي تعني ضمنيا أننا بخير، فيما قد يتستبطن في أعماقنا مفهوم الصبر والنصيب والحظ.

✓ أغلب المصابات أيضا أبدين مشاعر الصبر والرضا بالقضاء والقدر والاستسلام للموت فيما لابد، حسب عبد الرحيم يوسف فيما

سبق ذكره، أن يتحلى المريض بالإرادة التي تنم عن رفض الاستسلام للموت والرغبة في الحياة، فالإرادة وحدها قد يقدر مفعولها بنسبة 50 بالمائة من أسباب التماثل للشفاء. هذه الثقافة السلبية (ثقافة إطباق الصمت حول المرض) يشارك في تكريسها المجتمع كله من عامة النّاس وحتى من الأطباء أيضا، حيث يتم تجنب إثارة المسائل المتعلقة به قصدا حتى في المؤسسات الاستشفائية الرسمية، كما يظهر الاطباء والمتخصصون النفسانيون والممرضون يأسهم من الشفاء ما ينعكس سلبا على وضعيات المرضى وكذلك حالة أسرهم هذا بالإضافة إلى ثقافة اليأس، حيث تلهم ذّويه إطعامه جميع المأكولات التي يرغب فيها (خّالي، مسكين أموخايتي، يبّرد قّلبو قبل ما يموت) فيما قد تكون تلك الأطعمة عنصرا فعالا في تنشيط عملية انقسام الخلايا السرطانية خاصة المأكولات التقليدية، حيث تكون غنية بالدهون المشبعة وأيضا السكريات والموالح والحليب ومشتقاته، تلك التي تساعد في خلق وسط حمضي تنمو فيه هذه الخلايا.

4- التوصيات والاقتراحات:

✓ خلق مراكز علمية وأخرى استشفائية علاجية (عمومية وخاصة) للطب البديل (طب الأعشاب/ الطب التكميلي- الطب البديل- التربية العلاجية الغذائية) تحت إشراف علمي وطبي، عالي المستوى وضمان التنسيق بين الطب التقليدي والطب الحديث، والطبي التكميلي والرعاية المُلطّفة.

✓ الاهتمام بمجال الطب العائلي (طبيب العائلة) وتكريس ثقافة أهميته في مكافحة الأمراض الوراثية والمُعدية وغيرها، وكذلك أهميته في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للصحة العمومية؛

- ✓ خلق تخصص علم الاجتماع الطبي في جميع أقسام علم الاجتماع بالجامعات الوطنية، للاهتمام بهذا النّوع من المشكلات الاجتماعية تحديدا، ودعمه بمخبر يهتم بسوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري، وكذلك في كليات العلوم الطبية بالجزائر؛
- ✓ تعيين أخصائيين اجتماعيين متخصصين بمراكز مكافحة ومعالجة السرطان؛
- ✓ دعم الدراسات العلمية حول هذا الموضوع وخلق آليات قانونية تسمح للباحث السوسيولوجي بتحقيق وتنفيذ بحثه ميدانيا وتذليل الصعوبات التي تواجهه وتعرقل تحقيق أهداف بحثه؛
- ✓ نشر الوعي الصحي والثقافة الطبية في المؤسسات الرسمية بصفة رسمية ودورية كمقاييس تدرج ضمن مناهج التعليم وفي جميع فقراته؛
- ✓ إعادة النظر في منظومة التنشئة الأكاديمية للسّلك الطبي في الجزائر، فأطباء اليوم بحاجة إلى التخلص من عقدة الخوف من هذا المرض، ومن قصور التكوين الذاتي دوري يتماشى ومستوى التطورات الحاصلة في عالم الاكتشافات الطبية العالمية، وتنمية الوعي الصّحي والاجتماعي في أوساطهم؛
- ✓ التنسيق بين الجامعة وكلية الطب في عملية التحسيس للطلبة ومجتمع الجامعة بصفة خاصة؛
- ✓ سن قوانين صارمة للصحة المؤسساتية، والمعاينة والكشف المبكر بصفة إجبارية ودورية في المدارس والجامعات ومؤسسات الوظيف العمومي؛
- ✓ تفعيل دور منظمات المجتمع المدني في مجال المراقبة والمتابعة والتحسيس.

- ✓ على الصعيد الاجتماعي–السياسي؛ مكافحة الظلم الاجتماعي ورفع القهر والحقرة والازدراء ونشر العدالة الاجتماعية وثقافة احترام الإنسان داخل جميع الأنساق –المؤسسات الرسمية وغير الرسمية. ومحاربة العنف ضد المرأة تحديدا ورعاية الآباء المسنين من المعوزين.
- ✓ تفعيل العمل التشاركي المدني والمشاركة السياسية للمرأة الجزائرية وتمكينها من صناعة القرارات التي تخدم مصالحها الأساسية وفي مقدمتها تحصين صحتها وصحة أفراد أسرتها ومجتمعها.
- ✓ تنمية مستوى الإيمان الديني في نفوس أفراد المجتمع؛ إذ يعد صمام للأمـان الأقوى أمام التدفق اللامحصور لمسببات ومُجلبات التعاسة من القلق والتوتر والاجهاد والهلع والاحباط والاغتراب وغيرها.
- ✓ الاهتمام بالإعلام الوطني الفكاهي الكوميدي المقصود والمدروس لما له من فاعلية في تحسين المزاج لدى جمهور المشاهدين. وكذلك تفعيل دور فن المسرح المدرسي الكوميدي للمساعدة على التنشئة السليمة الايجابية للنشء.

خــاتمة

يشكل مفهوم المرض أيّا كان نوعه انطباعا حسيا ورمزيا شعوريا ولا شعوريا للتصور الجمعي عن مفهوم الحياة والموت وفلسفة الوجود بصفة عامة مستلهما إياها من المعتقدات التي نشأ عليها أفراد المجتمع، حيث يصعب الإقلاع عن الإيمان بها في كل صغيرة وكبيرة من شؤونهم في حياتهم الاجتماعية وداخل أنساقهم الأسرية البسيطة، حيث أنّ تدخل عوامل كثيرة في التسبب بكوارث قد تهدد حياة أعضائها كالسرطان مثلا؛ فإن معالجة هذا الشّبح

مطلقا لن يخرج عن دائرة المنظومة الفكرية والقيمية ذاتها التي توجه الممارسات كلها، وهنا يصعب حقا خلق ثغرة جديدة في مساحة هذا الكيان الصلب تحت مسمى "ثقافة الوقاية أو ثقافة العلاج"، تخالف اللّون العام الذي خلقت فيه وتغير من ممارسات درج عليها عامة النّاس لسنين طويلة. فليس الخطر ممن لا يعترف بخطورة التدخين على الصحة مثلا، ولكن من الذين يقاومون هذه العادة مقابل عدد من يتشبثون بها حتى في أوساط المثقفين والمتعلمين. وهنا يطرح الإشكال الذي ينبغي أن نجد له حلولا عملية وقهرية.

❁❁❁

قائمة أهم المراجع

الكتب والدوريات:

1) إبراهيم خليفة: **علم الاجتماع في مجال الطب**، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، دون تاريخ.

2) ابن القيم الجوزية: **الطب النبوي، من زاد المعاد في هدي العباد**، دار ابن حزم، بيروت– لبنان، الطبعة الأولى، 2003.

3) أسماء دريسي: "**تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فاعليته في اصلاح المنظومة الصحية في الفترة (2004–2013)**"، مجلة المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد (6) سنة 2015.

4) بيتر دادامو، كاثرين ويتني: **الحساسية، العلاج بحسب فئات الدم**، تر: فاتن صبح، تدقيق: فاديا عبدون، شركة دار الفراشة للنشر والتوزيع، بيروت –لبنان، 2008.

5) حسين الرودي: **صحتك في كل شيء**، تقديم الداعية: عبد الرحمان حسن حبنكة الميداني، الطبعة الأولى، دار ابن حزم، بيروت، لبنان، 1997

6) حسين الرّودي: **صحتك في كل شيء**، دار ابن حزم، بيروت– لبنان، الطبعة الأولى، 1997.

7) حسيني محمد العيد: **السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث**، 1990–2012، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة ورقلة ، كلية العلوم السياسية، 2013.

8) حسن سنارة: **العمود الفقري، آلامه وأمراضه**، دار المعارف، القاهرة، الطبعة الثانية، 1999.

9) عبد الرحيم يوسف: **علاج السرطان بالأعشاب والعلاج البديل**، دار الخير، بيروت–لبنان، الطبعة الثانية، 2009، ص ص: 13–14.

10) عبد المجيد سيد احمد منصور وآخرون: **السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي وأسس علم النفس المعاصر**، مكتبة الانجلو المصرية –القاهرة 2002.

11) عبد الرحمان الوافي: **الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية**، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون– الجزائر، 1999.

12) محمد جهاد شعبان: **<u>الطب والحياة، كيف يكون طعامك غذاء ودواء</u>**، دار المعرفة، بيروت– لبنان، الطبعة الثانية، 2010.

13) محمد عيسي: **<u>الاستجابات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، سلسلة احذر من الخطر قبل فوات الأوان</u>**، منشورات مخبر الوقاية والاغنوميا، جامعة الجزائر 2، الطبعة الأولى، 2015.

14) مارغريت هيلز : كيف تعالج التهاب المفاصل دون استخدام ادوية؟، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة العربية الأولى، 2006.

15) مجلة التغير الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الثاني فيفري2017.

16) يوسف القرضاوي: **<u>الايمان والحياة</u>**، مؤسسة الرسالة، بيروت– لبنان، الطبعة التاسعة عشرة، 1998.

الرسائل الجامعية:

1) حمودي جمال محمد: **تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان**، المركز الاستشفائي بتلمسان مقاربة انثروبولوجية طبية مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير قسم الثقافة الشعبية، جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان، السنة الدراسية 2005–2006

2) حسيني محمد العيد: **السياسة الصحية العامة في الجزائر**، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث1990– 2012، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة 2012–2013.

3) نادية سعيد واخرون، الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري، CNPRU جوان 2017، منشور إلكترونيا على الصفحة الشخصية للباحثة في قوقل.

مواقع الكترونية:

1) www.munasbt.com
2) www.djazairess.com/akhersaa/3855
3) www.alarabiya.net

السرطان ونمط الحياة الحديثة
-امكانية بناء الجلد النفسي لدى المرضى-

د. فضيلة لحمر.
استاذة محاضرة (أ) قسم علم النفس
جامعة محمد خيضر -بسكرة

ملخص:

يعد هذا المقال، محاولة لجمع أهم العوامل المختلفة التي قد تساهم بشكل أو بآخر في إصابة الأفراد بمرض السرطان، هذا المرض الذي كان يميز أكثر الدول ذات النمط المعيشي السريع والمتطور، ولكنه انتشر في مجتمعنا بشكل سريع في الآونة الأخيرة، كما نحاول أن نشير إلى أهم المشكلات الصحية والنفسية، التي تلحق بمريض السرطان ونطرح في الأخير لمسة أمل في التعايش الصحي، مع المرض، تتمثل في إلقاء الضوء على أهم الدراسات الحديثة التي ربطت بين المفهوم الايجابي في علم النفس ألا وهو الجلد، وبين المعاناة مع السرطان.

كلمات مفتاحيه: السرطان، عوامل الإصابة، الجلد النفسي.

Abstract:

This article is an attempt to collect the most important factors that may contribute in one way or another to the injury of individuals to cancer; This disease characterized most countries with a fast and evolving life style; But it has spread in our society rapidly in recent times; We also try to point out the most important health and psychological problems that affect the cancer patient, In the latter, we offer hope for healthy coexistence;
Is to shed light on the most important modern studies; which linked the positive concept of psychology; the concept of psychological resiliency and suffering:

Keywords Cancer; Disease factors; psychological resiliency

مقدمة:

يمكن اعتبار السرطان بأنه، مجموعة الأمراض التي تتميز بالنمو غير منتظم للخلايا والتي كان من المفروض أن تتخلص منها العضوية، لكنها تفلت من النظام الاعتيادي وتتجمع وتشكل أورام أولية على حساب الأنسجة الطبيعية، وتكون ما يعرف بالبؤر السرطانية التي تنتقل بدورها إلى أعضاء الجسم الأخرى عن طريق الدم أو اللمف، لتشكل مراكز تدميرية وعكس ما هو معروف عن السرطان؛ فهو ليس مرض حديث الظهور، ناشئ مع الحضارة الجديدة، فقد أظهرت الأبحاث الباثولوجية، أنه أصاب الإنسان والحيوان، على حد سواء، وذلك منذ القدم، حيث وجدت منذ بداية الإنسانية أثار تشير إلى وجود السرطان في العظام أو في المومياء، وذلك في كتابات أبو أقراط، وكانت تهتم بالأورام السطحية خاصة أورام الثدي، ثم الأورام الداخلية بفضل التطور والأبحاث في التشخيص مثل تشريح الجثث[1].

إلا أن الانتشار المخيف للمرض وبنسب متفاوتة بين مختلف دول العالم خاصة المتطورة منها، جعل الكثير يربطون بين المرض ونمط الحياة الحديثة والابتعاد عن الطبيعة، والانعزال، والفردانية، والتخلي عن ما كان يقدمه المجتمع من عوامل التكافل الاجتماعي التي تدعم الصحة النفسية والجسدية للفرد، حيث أن أغلب الإحصائيات تشير إلى تزايد نسب الإصابة كلما تحول نمط معيشة الأفراد إلى النمط العصري السريع، هذا ما ينطبق على بيئتنا المحلية، حيث أن النسب أصبحت تتزايد بشكل مخيف نوعا ما.

ويعاني مريض السرطان من كثير من الاضطرابات النفسية التي ترافق مرضه العضوي الخطير، وقد تطرق العديد من الباحثين إلى الاضطرابات

---

[1] Déléhedle M ,2006 ; **Que Sait-on Cancer** collection bulles des sciences, paris.**p6.**

النفسية العديدة التي تصيبهم مثل القلق والاكتئاب، إلا أن ظهور مصطلح الجلد في علم النفس وربطه في كثير من الدراسات بعديد من الأمراض المزمنة، التي تكون غالبا لها وقع صادم على نفسية الأفراد؛ أثار شهية الباحثين للبحث عن إمكانية بناء الجلد لدى مرضى السرطان كذلك، رغم كل ما يقاسوه من معاناة.

1 – السرطان والعوامل المساعدة في ظهوره:

1-1 **ما هو السرطان؟:** يعتبر العلماء السرطان بأنه تغير عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا[1]، وهو مرض يتميز بآلية الانقسام الخلوي العشوائي المستمر والغير المتحكم فيه، حيث تتسم هذه الإصابة المرضية بانقسام خلوي غير خاضع للقوانين الطبيعية للانقسام[2]

ومن الناحية الجينية، فينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية(**DNA**)، التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء لكن في حالة السرطان يحدث خللا في المادة الوراثية (**DNA**) مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن؛ الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، تستنزف طاقاته وإمكاناته[3].

---

[1] مالكوم وارتز،1998، **السرطان ما هو وأنواعه** ، ط1، ترجمة أبو اسعد، الدار العربية للعلوم ،لبنان، ،**ص9**.

[2] Pinell p ; 1992 **Naissance D'un Fléau** édition mentalité paris.**p8.**

[3] شيلي تايلور، ، 2008 ، **علم النفس الصحي**، ترجمة وسام درويش دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن ، **ص**811 .

1-2 انتشار السرطان: رغم اعتبار السرطان من الأمراض التي تعد نسبة الشفاء منها قليلة، إلا أنه وفي الدول المتطورة، تعتبر نسبة الشفاء مرتفعة نسبيا مقارنة بالدول المتخلفة، بسبب التطور العلمي والتكنولوجي، والأبحاث المستمرة والمتواصلة لإيجاد علاج للسرطان، إضافة إلى نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهؤلاء الأفراد، والمستوى الاقتصادي المرتفع، وكذلك السياق الثقافي والاجتماعي.

رغم ذلك فإن هذه الدول المتقدمة تسجل نسب مرتفعة في مرض السرطان مقارنة بباقي الدول، حيث تسجل مثلا فرنسا 300 حالة لكل 100 ألف نسمة، أما الولايات المتحدة الأمريكية؛ فتسجل 400 حالة لكل 100 ألف نسمة، وبالرجوع إلى بيئتنا المحلية فتسجل الجزائر 130 حالة لكل 100 ألف نسمة، إلا أن هذه النسبة مرشحة للارتفاع في كل سنة، حيث يتم تسجيل أكثر من 40 ألف حالة جديدة كل سنة وذلك حسب منظمة الصحة العالمية ويصعب تحديد الأرقام بشكل دقيق بسبب أن المرضى غالبا ما يتقدمون للفحص بشكل متأخر، حيث أنه يمكن أن يصاب الفرد بالمرض لكنه لا يتم تشخيصه إلا بعد عام أو عامين، مما يصعب مهمة إحصاء عدد المصابين كل سنة، وتكون الأرقام تقريبية وتحدد بالنسب المئوية عادة.

وإضافة إلى ذلك أكدت **منظمة الصحة العالمية OMS**، بأن الجزائر وفي نهاية العام 2013م سجلت نسبة تقدر ب21 بالمائة من الوفيات، والتي يكون سببها السرطان، وذلك للفئة العمرية التي تتراوح أعمارها بين 30 إلى 70 سنة، كما تتوقع أن تصل نسبة الإصابة بالسرطان سنة 2020 م إلى 300 حالة لكل 100 ألف نسمة، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نحو 70% من مجمل وفيات السرطان، تسجل في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وهذه الوفيات هي من مختلف الأعمار ومن الجنسين، حيث

في الجزائر تشكل نسبة الوفيات من السرطان ما يقدر ب **97.7%** بالنسبة للذكور، في حين تسجل نسبة الوفيات بالسرطان لدى الإناث **79.2 %**، وذلك حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة[1].

- إن ما يقارب 30 بالمائة من الوفيات بالسرطان، هي بسبب ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، انخفاض استهلاك الفواكه والخضروات وعدم ممارسة الرياضة، والتدخين، واستهلاك الكحول.
- التدخين يشكل أكثر العوامل خطرا، حيث أن 20 بالمائة من وفيات السرطان بسبب التدخين، وما يقارب 70 بالمائة من سرطان الرئة.
- في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل، تنسب ما يقارب 20 بالمائة من وفيات السرطان إلى العدوى الفيروسية، خاصة التهاب الكبد "أ" و "ب"، أو فيروس الورم الحليمي البشري.
- أكثر من 60 بالمائة من حالات السرطان الجديدة، تحدث في إفريقيا واسيا وأمريكا الوسطى واللاتينية، وتمثل هده المناطق 70 بالمائة من وفيات السرطان في جميع أنحاء العالم[2].

3-1 العوامــل المســـاعدة للإصابـــة بالســرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير التقديرات إلى أن **80%** على الأقل، من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا ما؛ إذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية

[1] منظمة الصحة العالمية، 2013 (/http://www.who.int/topics/cancer/ar)

[2] Oms; 2015; cancer ; février ; n297 ;www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr

هو تطور مشجع، لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل، التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها، ونعني بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

- **العوامل الفيزيائية:** إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الآيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء، ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار، في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة **اكس**"، ولم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة، ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة[1].

- **العوامل الكيميائية:** وهي مواد تحدث طفرات، تسمى بالمواد المطفرة، وعند تراكم عدة طفرات في الخلية قد تصبح سرطانية وتسمى المواد التي تحدث سرطانات بالمواد المسرطنة، هناك مواد محددة مرتبطة بسرطانات محددة ،مثل التدخين المرتبط بسرطان

---

[1] Beers.M.H, 2008, **Encyclopedia Medical**, Edition topographia Varese**, P 1033**

الرئة والمثانة والتعرض لحجر **الأسبوتس** قد يؤدي إلى حدوثه، أما الكحول فهو من المواد المسرطنة، Mesothelioma أورام الميزوثيليوما وغير المطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تؤثر على الانقسام الميتوزي وليس على المادة المورثة، فهي تسرع من انقسام الخلايا الذي يمنع أي تدارك لإصلاح أي تلف في المادة المورثة[1]. يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان فـ: قطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت– سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران– يسببان سرطان الجلد.

أما المشروبات الكحولية، فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عدة، أولها أن الأشخاص الدين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فانه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر وتدخين السجائر مسئول عن 90% على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة، الذي يسبب اكبر الوفيات بين الرجال مما يسببه أي نوع من أنواع السرطان.[2]

- **العوامل البيولوجية:** قد تنبع بعض السرطانات من عدوى فيروسية ومن أهم الفيروسات المرتبطة بالسرطانات هي فيروس الورم الحليمي البشري، والتهاب الكبد الوبائي B والتهاب الكبد

---

[1] Nezu, Arthur M & all, 2003; **Handbook Of Psychology** , John Wiley and sonsinc, Vol 9, New Jersey

[2] Beers.M.H, 2008, **Encyclopedia Medical**, Edition topographia Varese**, P1035**

الوبائي C، وفيروس اللمفومة، وابيضاض الدم البشري، تنقسم السرطانات التي سببها عدوى فيروسية بحسب تغيير الفيروس الخلية السليمة إلى خلية سرطانية إلى قسمين، أولهما سرطانات فيروسية حادة التغير، وثانيها سرطانات فيروسية بطيئة التغير في السرطانات الفيروسية حادة التغير، يحمل الفيروس جين، يحفز من إنتاج بروتين من جين ورمي وعندها تتحول الخلية السليمة إلى خلية سرطانية.

وفي المقابل تتكون السرطانات الفيروسية بطيئة التغير عندما يلتحم جينوم الفيروس في مكان قريب من جين ورمي أولي في الخلية السليمة، وبما أن الفيروس يقوم بتشفير جيناته، فبسبب تجاور ألجين الفيروسي والجين الورمي يتم أيضا تشفير ألجين الورمي[1] .

- **عوامل هرمونية:** قد يحدث الخلل الهرموني آثار تشبه آثار المسرطنات غير المطفرة، فهي تزيد من سرعة نمو الخلايا، وتعد زيادة الاستروجين التي تعزز حدوث سرطان بطانة الرحم، من أحسن الأمثلة على ذلك.

- **العوامل الوراثية:** وهي انتقال جين يحمل طفرة من أحد الأبوين إلى الابن، وتعد من أهم المسببات لبعض السرطانات من أمثلة السرطانات المرتبطة بطفرات مورثة:

– داء السلائل الغدي العائلي، وهو مرض وراثي، قد يؤدي إلى سرطان القولون.

[1] بستاني رئيف ، 1994 ، **<u>الموسوعة الطبية</u> ،** الشركة الشرقية للمطبوعات ، **ص1040**

– متلازمة داون، وهي حمل كروموزوم 21 زائد، تتطور إلى سرطان اللوكيميا أو سرطان الخصية، وبالرغم من أن أغلب أنواع السرطانات غير متوارثة إلا أن البعض منها يوصف بذلك مثل سرطان الثدي[1].

- **العوامل الغذائية:** من الجلي أن العوامل الغذائية تلعب دورا كبيرا في صحة الإنسان ومرضه، فمن الغني عن الذكر دور التغذية المهم في تطور أمراض كثيرة مثل السمنة وأمراضها والسكري أمراض القلب، وتصلب الشرايين، كما وتلعب التغذية دورا هاماً في الإصابة ببعض السرطانات أو الوقاية منها، فعلى سبيل المثال قد تحدث الإصابة ببعض أنواع السرطانات بنسبة قليلة عند بعض الشعوب مثلاً كسرطان الثدي عند اليابانيات. لكن نجد أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند اليابانيات المقيمات في الولايات المتحدة أعلى منها في اليابانيات المقيمات في البلد الأم، حتى أنها تقارب نسبتها نسبة الإصابة عند النساء الأمريكيات. وقد تكون التغذية إضافة إلى العوامل البيئية من أهم الأسباب لهذا التفاوت ويعزو الباحثون **30 %** من حالات السرطان لعوامل غذائية ،ويمكن للإنسان أن يتصور مدى صعوبة تحديد هذه العوامل لوجود أسباب كثيرة ومتداخلة، تجعل من الصعوبة بمكان، تحديد سبب معين خصوصاً مع وجود عوامل بيئية وعادات عديدة تؤثر على نسبة حدوث السرطان، فقد كان الاعتقاد السائد أن الوجبات الغنية بالألياف قد تحمي من سرطان القولون، وبالمقابل نجد دراسات

---

[1] جازيه عبد الرحما، **ب س، كيف تحمي نفسك من السرطان،** http://www.jazieh.com/uploads/books/How_to_protect_yourself_from_cancer_april-13-2011.pdf ص، **-17-**16

حديثة تنفي هذه الفائدة، ولكن بشكل عام هناك بعض أنواع السرطانات التي يعتقد أن العوامل الغذائية تلعب دورا مهماً فيها فعلى سبيل المثال تزيد بعض الأطعمة خاصة المالحة والمحفوظة إضافة إلى اللحوم المشوية خطورة الإصابة بسرطان المعدة، كما أن بعض الملوثات لبعض الأطعمة قد تؤدي إلى أخطار صحية، ومنها حدوث السرطان[1].

هناك بعض المواد الغذائية قد تسبب الإصابة بالسرطان لحيوانات المختبر، ولكن لم يثبت أخطارها على الإنسان، فالسكارين يؤدي إلى سرطانات المثانة في جرذان المخبر ولم يثبت هذا الخطر علمياً على الإنسان حتى الآن.

- **العوامل المهنية:** هناك بعض المهن تعرض الإنسان لازدياد خطورة الإصابة ببعض السرطانات بسبب التعرض المتكرر والطويل الأمد لبعض المواد المسرطنة وهناك عدة مهن قد وصفت بأنها تؤدي إلى زيادة الإصابة ببعض أنواع السرطانات. الجدول الموالي تضمن بعض المهن مع تحديد المادة المسرطنة ونوع السرطان الممكن الإصابة به نتيجة التعرض لها[2]:

---

[1] جازيه عبد الرحما، **ب س،** **كيف تحمى نفسك من السرطان،** المرجع السابق، ص ص16-17

[2] المرجع نفسه، ص20

جدول(2) يوضح المهن والمواد المتعرض لها وبعض أنواع السرطان الناجمة عنها

المهنة	المادة المسرطنة	نوع السرطان
عمال البناء	اسبستوز	الرئة والغشاء المحيط بها
عمال المناجم	الزرنيخ	الرئة، الكبد، الجلد
عمال الدباغة	امينوبايفنيل	المثانة
	اورامين	المثانة
	بنزيدين	المثانة
عمال الجلد والأحذية	البنزيدين	المثانة والانف
	بنزين	ابيضاض الدم
عمال المطاط	نفتلامين	المثانة
	فينيل كلوريد	الكبد
	بنزيدين	المثانة
	بنزين	ابيضاض الدم
عمال الأثاث	غبار الخشب	الأنف

- **العوامل النفسية:**

لقد توصل العالم سيمونز **Simons** 1956، في كتابه الشهير المظاهر السيكوسوماتية للسرطان، وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان، إلى الاستنتاجات التالية:

- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للسرطان.
- الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العتيد.

- العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية، على مستوى الفرد والجماعة والعائلة[1].
- بالرغم من ذلك لا يتمكن أحد من العلماء التأكيد بكل دقة، ويقين على التأثير المهم للعوامل النفسية في ظهور السرطان، بل من المؤكد أن هناك بعض الوضعيات يمكن أن يتمخض عنها ملعبا وساحة خصبة ومفضلة لنشوء السرطان، مثل بعض المواقف الصادمة، أو التعرض للعنف، المعاناة من البطالة، الطلاق التحرش، المشاكل الأسرية، أو المهنية، حيث تمكن بعض الأطباء والمختصين النفسين من تشخيصها لدى المرضى قبل بأشهر أو سنوات من التشخيص بالسرطان[2] .
- أما الباحث الفرنسي **Moirot** فقد أشار إلي اهتمام الباحثين بالعوامل المسرطنة، مثل العوامل الكيميائية والتبغ وغيرها، وإهمالهم المريض في حد ذاته، حيث أجري تجارب على الفئران، بتكلفته الخاصة تبين له من خلالها بأن السبب والعامل الرئيسي للإصابة، لا يرجع بالضرورة إلى عوامل خارجية بقدر ما يرجع إلى عوامل خاصة بكيفية تأثر الفئران محل التجارب في حد ذاتهم، وهي عوامل ترجع إلى العجز مثلا عن ممارسة النشاط، الخمول نتيجة قلة المثيرات الحسية، العزلة، النقص في الإضاءة، الكثير من التلاعب العدواني والعنيف، تغذية غير متكيفة، وقت راحة غير كاف، السجن في

---

[1] بطرس حافظ بطرس،2008 ، **التكيف والصحة النفسية**، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن **398.**

[2] Pierrick hordé ; 2016 ; **Cancer et causes psychologiques** ; Journal des Femmes Santé ; Avril ; p22 http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/

محيط اصطناعي، نقص كلي في التحفيز الحسي الايجابي، ومن هنا خلص الباحث إلى أن السرطان هو نتاج للتدمير الذاتي للموضوع تخلق نوع من السوماتية.

وقد بحث حول السرطان والمرض السوماتي عند كل من، **Bonaparte Freud et Pompidou**، وخلص إلى أنه لتفادي الإصابة بالسرطان لا بد **من يكون الفرد اقل صرامة وجدية في حياته، ولا بد أن يكون أكثر مرونة في مواجهة الأحداث**[1].

وفي دراسة نفسية عيادية قامت بها الباحثة 2016، على أربع حالات من الراشدين المصابين بالسرطان بمدينة (بسكرة و باتنة) الجزائر، هدفت من خلالها إلى الكشف عن توظيف مؤشرات الجلد لدى حالات الدراسة من خلال اعتماد المنهج العيادي، توصلت إلى أن اغلب حالات الدراسة قد عانوا من حياة تملؤها الضغوط النفسية والتوترات، قبل الإصابة بالمرض بمدة، مما يكون قد ساهم بشكل أو بأخر في ظهور مرض السرطان.[2]

1-4-الاضطرابات النفسية الناجمة عن الإصابة بالسرطان: ندرك أن مريض السرطان بالإضافة إلى مرضه المرعب فهو يعاني من الاكتئاب والقلق والشعور بالوحدة والخوف من مقابلة الناس، وهذا يؤثر في حياته الاجتماعية والنفسية فهذا الوضع لا يؤدي إلى شعور الإنسان بالعجز الجسدي فقط وإنما العجز النفسي والاجتماعي أيضا، وقد أشارت عديد الدراسات إلى أن مريض السرطان يعاني من التعب والإعياء النفسي وبخاصة

---

[1] Moirot Michel, 2012 ; **<u>L'origine-Psychosomatique-Des-Cancers.</u>**, //www.neosante.eu.

[2] فضيلة لحمر، 2016، **<u>التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان</u>** أطروحة دكتوراه غير منشورة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، بسكرة الجزائر.

عقب انتهاءه من تلقي المعالجات الكيماوية والإشعاعية لهذا المرض، ويعد الإعياء عرضا معقدا ومتعدد الجوانب، وتتعدد أعراضه وتتفاوت وبين المظاهر الجسدية الحيوية والنفسية والعاطفية والسلوكية بالإضافة إلى الحياتية لمرضى السرطان سواء في مشاعرهم نحو أنفسهم أو نحو الآخرين أو في نشاطاتهم اليومية وأعمالهم ومقدرتهم على مواصلة المعالجات ومن المهم مساعدة هؤلاء المرضى ليتسنى لهم التكيف والتعايش والتخفيف من المشقة النفسية والاجتماعية والجسدية لديهم[1].

يشير **Zabora** إلى إن التأثير النفسي للسرطان يكون واضحا من خلال التوتر النفسي والذي يستمر لمدة طويلة عند المرضى وبنسبة تتراوح بين**20-66%**.[2]

إن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاص[3]

إن النقص في تقدير وجود الضغوط النفسية عند مرضى الأورام، أو النقص في اكتشاف الاضطرابات النفسية، قد يكون دليلا على تردد المرضى

---

[1] زياد بركات، 2006، **سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان** -دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث ،**ص 231**

[2] Zabora, J. etal., 2001;. **The Prevalence Of Psychological Distress By Cancer Site. Psycho Oncology** -; vol 10: pp.19- 28.

[3] National Breast Cancer Centre, 2003, **Clinical Practice Guide Lines For the Psychosocial Care Of Adults With Cancer**, Endorsed April, NHMRC, P.16.

في الكشف عن مخاوفهم، أو فشل فريق المعالجين في الاستجابة للتلميحات اللفظية وغير اللفظية، ولسوء الحظ فإنه حتى عند التعرف إلى هذه الضغوط النفسية فأنها تظل بلا علاج في الغالب، ويقترح جرير **Greer (1985)**، أن المعالجين يميلون إلى اعتبار تلك الحالات بمثابة استجابات غير مفهومة وبذلك يفشلون في التفكير فيما إذا كانت المساعدة النفسية ممكنة أو لازمة[1].

إن الاضطرابات النفسية التي تصيب مرضى السرطان هي في الحقيقة نتيجة حتمية أو مخلف من مخلفات الصدمة النفسية التي يسببها مجرد الشك بوجود المرض، تليها صدمة الفحوصات والكشف، والتحقق، ثم صدمة الإعلان عن الإصابة بالمرض، يتبعها بعد ذلك متصل من الصدمات والمعاناة التي لا يمكن أن تكون بلا أثار نفسية، رغم ذلك فالصدمات تقاس بمدى إدراك الفرد لها ولشدتها، لذلك فان الأمل في إيجاد مخرج من المعاناة يبقى لدى الكثير من المرضى، من خلال استخدامهم بعض خصائص شخصياتهم وآلياتهم النفسية الدفاعية، وعمليات المواجهة، والصلابة النفسية أو عمليات بناء ما يسمى بالجلد النفسي.

3- السرطان وإمكانية بناء الجلد النفسي: قبل التطرق إلى عمليات بناء الجلد النفسي لدى مرضى السرطان لا بد أن نقدم ملمح مفاهيمي حول مصطلح الجلد، حيث انه استعير من العلوم والفيزيائية ليستعان به في تفسير ظواهر نفسية مشابهة لقدرة بعض المواد على تلقي الضربات والعودة من جديد إلى الشكل الأول أو إلى طبيعتها.

---

[1] سكوت، جان و وليامز، مارك وبيك، آرون 2002 ، **موسوعة علم النفس العيادي (5)،** ترجمة وإعداد: أ.د. حسن مصطفى عبد المعطي مكتبة زهراء الشرق، القاهرة. ، **ص،174.**

3-1 مفهوم الجلد النفسي: يرى **Garmezy& Rutter** بأن الجلد قد تم تعريفه بعدة طرق، لكن بالرغم من كل الاختلافات، أغلب التعاريف تتوجه إلى شرح ثلاث أنواع من الظواهر:

- نمو ايجابي ناتج عن التعرض إلى خطر جد عال أو ضيق شديد.
- الاستخدام و ببراعة للكفاءات تحت الضغط.
- وعملية تعافي ناجح من الصدمات، بصفة خاصة الرعب الشديد، أو الحروب.

ويوافقهما **Ionesco** فيعتبر أنه رغم غياب تعريف موحد وعالمي مقبول للجلد، إلا أنه هناك في الأخير اتفاق حول نقطتين مهمتين:

- الجلد يميز أفراد واجهوا أو عايشوا حدث صدمي، أو عدوان مزمن والذي نتج عنه تكيف جيد - **هذا الذي له معاني مختلفة حسب عمر الفرد البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها**-
- الجلد هو نتيجة لعملية تفاعل بين الفرد والعائلة والمحيط.[1]

وكذلك **Munzo 2012**م الذي أكد انه وبالرغم من اختلاف المقاربات التي حاولت تحديد المصطلح، فان الجلد يشير إلى توافق متزايد بين كل من الباحثين:

Rutter , Masten, Becker, Cicchetti, Luther, Grotberg, Cyrulnik, Ungar, Vanistendael وذلك من خلال تعريفه كمكتسب للتكيف الايجابي وفي بعض الأحيان مواجهة الشدائد بشكل مناسب، من خلال التطور والنمو

---

[1] Ionescu Serban, 2011, **Traité De La Résilience Assistée ;** Quadrige, PUF, paris ; France**p3**

مقارنة بالمرحلة الخاصة، بامتلاك ثقافة المواجهة عندما يواجه صعوبات أو صدمات، أو ما يؤدي إلى أخطار مرتبطة باحتمالية توافق سلبي.[1].

3-2 المقاربة التحليلية في تفسير الجلد:

يقدم لنا التحليل النفسي أداة هامة لفهم أفضل لماهية العالم الداخلي للفرد المتعرض لحدث صدمي، فيستطيع أن يكون قد عايش الاقتراب الوشيك من الموت، الغيبوبة النفسية هي حالة شائعة عند التعرض للصدمات النفسية الشديدة، لكن هناك إمكانية العودة من جديد إلى الحياة، وذلك يكون عندما يكون الفرد المصدوم مؤمن، حيث ينجح في استخدام العقلنة ،عندما يتمكن من استحضار الحدث الصدمي المرعب، الذي واجهه، عندما يتمكن من وضعه في شكل صور، أو كلمات ويتمكن من فهم الصدمة التي واجهها عندما يتمكن من لقاء شخص يضع فيه ثقته ويوجه له أو يحكي له روايته عن الحدث الصدمي، عندما يحس به كسند أو كداعم له[2]

إن الآليات الدفاعية النفسية تساعد على بيان العالم الحميم للموضوع المصدوم، بعض الآليات قد تعيق عمل الجلد «التغييب، اللامبالاة » ، والتي تسمح للمصدوم بتخفيف معاناته لكنها تعيق عمل الجلد لديه، وتعيق مواجهة المشكل، فالغضب، العدوانية، البحث عن كبش فداء، تسبب اضطراب علائقي يفاقم من الوضعية، ويأخذ أحيانا إلى العزلة، والتي تكون العامل الرئيسي المعيق في بناء الجلد، أما آلية النكوص فأنها تجلب تأثير يخفف من استقالة الفرد المصدوم، لكن تصيب الثقة في النفس التي تعد الأساس لبناء الجلد.

---

[1] Villalba Cristina & all, 2014, **Adaptation et Résilience Chez Les Adolescents Placés Dans Une Famille D'accueil Apparentée,** dans 1er congrès mondial sur la résilience, Odile Jacob paris France, **p89**

[2] فضيلة لحمر، بوسنة عبد الوافي زهير،2016، **الجلد مقاربة نظرية**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 19، ص 355-372

ويمكن قبول وبشكل مؤقت نوعين فقط من آليات الدفاع في عمل الجلد:

- **الإنكار**: الذي يسمح بتجنب الاجترار المأساوي ولكنه في نفس الوقت يعرقل عملية العقلنة.
- **الانشطار:** ويشكل التأقلم الأقل شيوعا.
- لا يشارك الفرد المتعرض لحدث صدمي مع المحيط إلا ما يمكن له سماعه، لكن قسم كبير من عالمه الداخلي غير قابل للمشاركة، حيث انه يعاني في صمت، الشيء الذي يفسر أحيانا الانفجار أو الاكتئاب الذي يفاجئ المحيطين به، وبعض الآليات الدفاعية تكون لها دور فعال ومساهم في بناء الجلد:
- **التسامي أو الإعلاء:** حيث يقوم الفرد المصدوم بتحويل الرعب المعاش إلى أعمال فنية، تسمح له فيما بعد بعقلنة الحدث الصدمي والتشارك مع المحيط لقسم كبير من العالم الداخلي للمصدوم[1].
- **روح الدعابة أو حس الفكاهة:** وهي تمثل آلية تسمح بالتعبير عن اليأس الذي يجتاح المصدوم، لكن بكل لباقة دون إحراج الآخرين المحيطين به.
- **الغيرية والانخراط في المجتمع:** أين تنشط محبة الآخرين، التعاطف والمشاركة الوجدانية والتي تسمح بالعيش الجماعي.

قد يتمكن المعالج النفسي من مساعدة المصدوم في عقلنة الصدمة وإعطاء الاتساق في إعادة استحضار الصدمة التي حطمته وتقاسم ومشاركة عواطف ومشاعر كانت في السابق فاترة وغير قابلة للاختراق أو المشاركة[2].

---

[1] فضيلة لحمر، بوسنة عبد الوافي زهير،2016، **الجلد مقاربة نظرية**، مرجع سابق، ص 355-372

[2] المرجع نفسه، ص 355-372

3-2 بناء الجلد لدى مرضى السرطان:

قامت معاهد الطب منذ 2007 بالمناداة باستحداث مقاربات متعددة التوجهات والتخصصات من اجل علاج أفضل للمرضى بالسرطان، منذ آن اقترح كل منAdler & Page, 2008 نموذجا حول الآثار العلاج النفس اجتماعي للسرطان.

هناك العديد من الأبحاث حول النتائج السلبية مثل الاكتئاب القلق، في المقابل هناك عدة ملاحظات لعوامل نفسو اجتماعية ايجابية قبل خلال وبعد الإصابة بالسرطان، من بينها بناء الجلد الذي يعده البعض خاصية أو سمة من سمات الشخصية، أو كآلية دفاعية تؤدي إلى نتائج ايجابية أو كنتيجة ايجابية في حد ذاته، إن متصل السرطان يوضح لنا سلسلة من الأحداث الصادمة بداية من التشخيص، حيث يواجه الفرد تغيرات عديدة في حياته، إلى التفكير في خطورة المرض ومواجهة الموت فهذه المراحل يمكن أن ينتج عنها عملية بناء للجلد، وذلك باعتماد الفرد المصاب على سمات شخصيته[1].

لقد وجد الباحثين 57 دراسة منشورة منذ 1993 إلى غاية 2012 حول المصابين بالسرطان، وحددوا العوامل والوحدات التي تشكلت لبناء الجلد خلال مراحل الإصابة بالسرطان حيث وجدوا أن هناك بناء للجلد على شكل نتيجة بعد الإصابة أو بناء للجلد كميكانيزم دفاعي ضد المرض أو كسمة خاصة بشخصية المريض في حد ذاته[2]

إن العيش مع أمراض جد خطيرة أو مزمنة مثل فقدان المناعة المكتسبة أو السكري أو السرطان تعني المواجهة ضد أزمات ضغط شديدة والتي تؤدي بشكل أو بأخر إلى نتائج نفسية كالاكتئاب والقلق وحتى اضطراب ما بعد

---

[1] **Yamile Molina, & all; 2014 ; <u>La résilience Chez Les Patients Dans Le Continuum Du Cancer</u>: Regards Croisés Clin Oncol Nurs; PMC 28 avril ,2014p 93-101**

[2] **Op Cite : p 93-101**

الصدمة، وهذا ما يؤكده عديد من العلماء مثل **Fulcher, 2000 Alonzo 2004** كما يشير كذلك الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة قد يكون ناتج عن إصابة الفرد بهذه الأمراض، وعلى العكس من ذلك هناك عدد لا باس به من المتغيرات التي تساهم في هذه الاستجابات للتشخيص الصدمي، حيث أن بعض الأفراد وبشكل متطرف يبدون نوع من الجلد ، مع اضطرابات نفسية طفيفة و تعايش جيد مع المرض ويبقى البعض الآخر يظهرون مؤشرات نفسية ايجابية وهذا ما أكده كل من **Adriaanse 2004 ; Coughlin** وآخرون، حيث يعتبر **Jordan 2001** في كتابه عن المعاناة مع السرطان، أن الحياة المهددة بمرض خطير مثل السرطان هي صدمة قوية تصيب الحياة، وتؤدي إلى أزمة أو ضيق، رغم ما يعانيه المريض من ذكريات صادمة حول تشخيص المرض والتفكير في الموت وعدم تمكن المريض من إيقاف هذه الذكريات وترك مشاعره جانبا، إلا أنه هناك من يتمكن من إيجاد معنى أخر للحياة بعد السرطان، هذا ما يعد استجابة الجلد ، كما أن هناك آخرين يجدون معنى جديد للعزلة والتثبيط وفقدان الأمل، والشخصية التي تتمكن من إيجاد استجابة محددة تنطلق بعيدا عن نفسها، حسب ما يعتبره الكاتب وكذلك تخوض تجربة خاصة مع المرض وقد طور الكاتب مفهوم خاص به عن الجلد في مواجهة السرطان، وأكد على أنه يوجد بناء لمعنى جديد للهوية كوثبة فوق متغيرات الحياة الصادمة خلال مراحل المرض[1].

أما الباحثة **Margot phaneuf** فقد قامت بتتبع حالة راشد مريض بسرطان الرئة تميز بظهور مؤشرات عديدة للجلد ، وتعتبر الباحثة أن الجلد هو مصطلح أخر لطبيعة التكيف بعد الخبرة الناجمة عن الإصابة بالسرطان

---

[1] John W. Reich ,Alex J. Zautra, John Stuart Hall**,2010, Handbook Of Adult Resilience,** Guilford Press**, p105- 465**

حيث وبعدما تمكن المريض من تجاوز الصدمة النفسية، تم اعتباره كشخص يتميز بمؤشرات الجلد ذلك لأنه تمكن من ربح المعركة ضد السرطان، وتقول الباحثة " **أن المصطلح استعمل كثيرا من طرف الباحث Boris cyrulnik في عديد من الكتابات، خص بها الحديث عن حالات الأطفال وكذلك الراشدين الذي واجهوا ضغط شديد وضائقة مهمة بشكل مؤلم، خطر محقق، والذين يتمكنون من العودة إلى التوازن بعده،** وقد تبين لدى الحالة التي تتبعتها قدرته على بناء صيرورة للجلد، حيث انبثق عمل الجلد لديه، من تكامل لبعض العوامل المساعدة بالإضافة إلى آليات الدفاع التي سجلتها الباحثة، والتي اتضح دورها في بناء الجلد لدى الحالة موضوع الدراسة، فالحالة دعم من قبل آلياته الدفاعية النفسية الخاصة، حيث وفي هذه الوضعيات الخاصة والصعبة سمحت للمريض بوضع سلوكيات منقذة، فقد وظف بشكل خاص آلية النفي ولكن بشكل مؤقت والتي خففت من هول الصدمة النفسية بعد التشخيص، كما وظف الأحلام، والتي ساعدته على التنفيس والهروب من وقائع الصدمة النفسية، ثم العقلنة التي ساعدته على تجنب المواجهات، كما وظف روح الدعابة للتخفيف من الوقع الدرامي للصدمة وساعدته في الضحك من معاناته أما ميكانيزم الإيثار(الغيرية) أو مساعدة الأخر فقد خففت من معاناة المريض من خلال مساعدته للآخرين [1].

يعتبر العلماء أنه وفي سياق الأمراض الخطيرة مثل السرطان والتي تكون في مراحل الرشد، الجلد الشخصي، أو السمات الشخصية المميزة للفرد الجلد تلعب دورا مهما في حماية وإعادة علاج وتأقلم المريض ، فمعدل الاكتئاب في بعض أنواع السرطان يصل إلى أربعين أو خمسين بالمائة.

---

[1] Margot Phaneuf.,2005 , **La Résilience, Concept Abstrait Ou Pratique De Vie** Carrefour clinique, section Soins en psychiatrie. **p24**

وتقدم لنا تقدير بالعدد من الأفراد الذين يتمتعون بدرجات جلد منخفضة، فقد قام كل من**Fridman & Booth Kewey 1987** بدراسة وتحليل العلاقة بين الأمراض الخطيرة والمزمنة ووجدوا علاقة بينها وبين بعض العلامات السلبية مثل الاكتئاب والقلق، لكنهم أيضا وجدوا مؤشرات أخرى للجلد مثل التفاؤل ومؤشرات أخرى مرتبطة بنوعية حياة أفضل[1] .

إن الدراسات التي طبقت على مختلف الفئات المصابة بالسرطان، سمحت بتحديد وتعريف عوامل الحماية التي تدعم عمليات بناء الجلد، للفرد ورغم أن الدراسات التي بحثت حول عوامل الحماية التي تساند عمليات بناء الجلد لدى راشدين مصابين بالسرطان، لا تتوقف عن الزيادة، إلا أنه هناك عدد قليل من الباحثين الذين بحثوا عن أدوات ووسائل، أو قاموا بخلق مقاييس لقياس وتقدير مستوى الجلد لدى هته الفئة، مما يجعل من المعلومات حول مستويات الجلد لدى هته الفئات قليلة، إضافة إلى قلة المعلومات حول ارتباطه ببعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية أو العوامل الخاصة بالمرض.[2]

وفي دراسة قامت بها الباحثة، تمكنت من تحديد بعض العوامل المساعدة في بناء الجلد لدى الراشدين المصابين بالسرطان حيث تمكن أغلب حالات الدراسة من بناء صيرورة مناسبة وتطوير مؤشرات عديدة للجلد بمساهمة سند معين، تمثل لدى بعض الحالات في الشريك، ولدى كل الحالات في الأبناء[3].

---

[1] Hayslip Bert, Gregory C. Smith, 2012; **Resilience In Adulthood And Later Life What Does It Mean And Where Are We Heading** , Annual Review of Gerontology and Geriatrics Volume 32.

[2] Dubey Cathrine ; 2013 **;Résilience Face Au Cancer :Quel Prédicateurs** ?; reiso, revue d'information social ;21 novembre. **p4)**

[3] فضيلة لحمر، 2016، **التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان**، مرجع سابق.

خاتمة:

التطور التكنولوجي ساهم بشكل كبير في نقل نمط المعيشة والاستهلاك السريع الذي كان يميز الدول المتطورة إلى الدول الفقيرة والأقل تطورا، وفي بيئتنا المحلية، أصبح النمط المعيشي يقترب أكثر فأكثر إلى النمط الغربي، هذا النمط الذي يجعل الفرد يعيش مبتعدا إلى حد ما عن المجتمع ومنعزلا بنفسه الأمر الذي يضاعف من احتمال إصابة الأفراد بالأمراض النفسية، التي بينا من خلال ما جاء في المقال، بأنها أكثر العوامل التي قد تساعد في ظهور مرض السرطان، ورغم خطورة المرض المميت، إلا أن إمكانية التعايش معه بشكل ايجابي تبقى قابلة للطرح، حيث تبين لنا من خلال استعراض أهم الأبحاث حول بناء الجلد النفسي، كيف تمكن العديد من مرضى السرطان من تحسين نوعية حياتهم مع المرض وكيف قاموا بتخفيف معاناتهم مع هذا المرض المرعب، وذلك لا يتم إلا بتوفير الظروف الملائمة والسند الداعم.

بالتالي فقد أصبح من الضروري أن نحاول العودة إلى النمط المعيشي الأقل سرعة، رغم أن ذلك ليس بالأمر اليسير، إلا أنه يمكن على الأقل محاولة تفادي كل ما من شأنه أن يرفع من الضغط والتوتر في حياتنا اليومية.

كما لا يمكن أبدا ترك الأفراد الذين تعرضوا لصدمات شديدة دون تكفل نفسي ومعالجة، فالمشاكل التي تهدد التوازن النفسي للأفراد عديدة، وبالتالي يجب متابعتها في حينها حتى لا تحدث تراكمات قد تكون في المستقبل عاملا مساهما في الإصابة بالأمراض الخبيثة مثل السرطان.

❁❁❁

قائمة المراجع:

الكتب:

1. بستاني رئيف، 1994، **الموسوعة الطبية** ، الشركة الشرقية للمطبوعات.
2. بطرس حافظ بطرس، 2008، **التكيف والصحة النفسية**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
3. زياد بركات، 2006، **سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان** –دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث.
4. سكوت، جان و ليامز، مارك وبيك، آرون 2002 ، **موسوعة علم النفس العيادي (5)**، ترجمة وإعداد: أ. د. حسن مصطفى عبد المعطي مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
،شيلي تايلو ، 2008، **علم النفس الصحي**، ترجمة وسام درويش دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن .
5. فضيلة لحمر، 2016، **التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، بسكرة الجزائر.
6. مالكوم شوارتز، 1998، **السرطان ما هو وأنواعه**، ط1، ترجمة أبو اسعد، الدار العربية للعلوم، لبنان.
7. Beers.M.H, 2008, Encyclopedia Medical, Edition topographia Varese, P1035
8. Déléhedle M ,2006 ; Que Sait-on Cancer collection bulles des sciences, paris.p6
9. Dubey Cathrine ; 2013 ; Résilience Face Au Cancer : Quel Prédicateurs ? reiso, revue d'information social ; 21 novembre. p4)
10. Hayslip Bert, Gregory C. Smith, 2012; Resilience In Adulthood And Later Life What Does It Mean And Where Are We Heading, Annual Review of Gerontology and Geriatrics Volume 32.
11. Ionescu Serban, 2011, Traité De La Résilience Assistée ;; Quadrige, PUF, paris ; France.
12. John W. Reich, Alex J. Zautra, John Stuart Hall, 2010, Handbook Of Adult Resilience, Guilford Press.

13. Margot Phaneuf.,2005 , **La Résilience, Concept Abstrait Ou Pratique De Vie** Carrefour clinique, section Soins en psychiatrie.
14. Moirot Michel, 2012 ; **L'origine-Psychosomatique-Des-Cancers.**, //www.neosante.eu.
15. National Breast Cancer Centre, 2003, Clinical Practice Guide Lines For the Psychosocial Care Of Adults With Cancer, Endorsed April, NHMRC, P.16.
16. Nezu, Arthur M & all, 2003; Handbook Of Psychology , John Wiley and sonsinc, Vol 9, New Jersey
17. Pierrick hordé ; 2016 ; Cancer et causes psychologiques ; Journal des Femmes Santé ; Avril ; p22 http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/
18. Pinell p ; 1992 Naissance D'un Fléau édition mentalité paris.
19. Villalba Cristina & all, 2014, Adaptation et Résilience Chez Les Adolescents Placés Dans Une Famille D'accueil Apparentée, dans 1er congrès mondial sur la résilience, Odile Jacob paris France.
20. Villalba Cristina & all, 2014, Adaptation et Résilience Chez Les Adolescents Placés Dans Une Famille D'accueil Apparentée, dans 1er congrès mondial sur la résilience, Odile Jacob paris France.
21. Yamile Molina, & all; 2014 ; La résilience Chez Les Patients Dans Le Continuum Du Cancer: Regards Croisés Clin Oncol Nurs; PMC 28 avril ,2014p 93-101
22. Zabora, J. etal. 2001; The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. Psycho Oncology -; vol 10: pp.19- 2

المجلات والدوريات

23.فضيلة لحمر، بوسنة عبد الوافي زهير، 2016، **الجلد مقاربة نظرية**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 19، ص 355-372

المواقع الالكترونية

24. http://www.jazieh.com/uploads/books/How_to_protect_yourself_from_cancerapril-13-2011.pdf16
25. http://www.who.int/topics/cancer/ar/
26. Oms; 2015;cancer ;février ;n297 ;www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr

البطالة وعلاقتها بالصحة النفسية لخريجي الجامعة

د.سلمى شيحي
أ. ناجية دايلي
قسم علم النفس والارطوفونيا وعلوم التربية
جامعة محمد لمين دباغين سطيف2-الجزائر

ملخص:

إن المجتمعات بحاجة إلى موردها البشري لأنه الأساس في خلق الثروة خاصة الشباب، لأن لديهم القدرة على الابتكار والمشاركة الفعالة في إحداث التغيير والتطوير في المجتمع الذي يعيشون بين جوانبه، لأن الشباب هم عماد الأمة، وأساسها الراسخ الذي يقوم عليه بنيانها، لذلك كله وجب توفير كل ما يعزز ذلك بالقضاء على كل المظاهر السلبية التي تقف وراء وقف ذلك ومن بينها البطالة، لكي يسير شبابنا بصحة نفسية عالية تجعلهم أكثر قوة وعزيمة نحو الأمام ونحو التقدم، لذا نتساءل هل فعلا هناك علاقة بين البطالة والصحة النفسية لخريجي الجامعة؟

الكلمات المفتاحية:

الشباب، البطالة، الصحة النفسية (القلق، الإكتئاب، السلوك العدواني).

مقدمة:

يعتبر الشباب هم الوقود لسير مجتمعاتهم، خاصة إذا وفرت هذه الأخيرة لهم حاجاتهم من تعليم وعمل، الأمر الذي يحسسهم بالأمان والاستقرار وبالتالي المضي قدما بطاقة ايجابية بناءة لهم وللمجتمع الذي يعيشون فيه. أما عدم حصول الشباب على عمل لسبب ما خاصة منهم خريجي الجامعات أمر جد خطير من حيث أن الشاب الذي يتخرج من الجامعة يكون لديه توقع بأن حياته

ستكون أسهل كونه تعب وأنه سيجد على الأقل عملا، لكن عند انصدامه بالواقع وعدم تحقق هذا التوقع يجد نفسه في توتر وقلق واضطراب المزاج والاكتئاب والحزن، ....وبالتالي فقدان الأمل، وإن فقدان الأمل له من التأثير على التفكير السلبي، خاصة من ناحية كره المجتمع الذي يعيش فيه، وهنا تبدأ الظواهر غير المحببة في الظهور: السرقة، الجريمة، العنوسة، الهجرة غير الشرعية، التفكير في الانتحار...أي شباب مضطرب نفسيا.

إذا البطالة لها من التأثير السلبي، لذا من الضروري إيجاد السبل الكفيلة لخلق مناصب العمل لما لهذا الأمر من انعكاس ايجابي على الحياة النفسية لصاحب العمل، الأمر الذي يعود بالنفع والإيجاب على المجتمع، والورقة التي بين أيدينا هي محاولة منا لإبراز لأصحاب القرار وتوضيح لهم أهمية العمل للشباب، وانعكاس البطالة على الحياة النفسية عندهم.

1-الإشكالية:

شبابنا آمالنا...صيحة تنطلق من احترامنا لهذه الفترة العمرية من حياة الإنسان، ولعل هذا الاحترام ينال مع المراحل النمائية السابقة كل الاعتبار، لأن مرحلة الشباب من المراحل العمرية التي تتميز بالقابلية للنمو في النواحي الجسمية والاجتماعية والنفسية والعقلية والتعليمية، إلى جانب القدرة على الابتكار والمشاركة الفعالة في إحداث التغيير والتطوير في المجتمع الذي يعيشون بين جوانبه، لأن الشباب هم عماد الأمة، وأساسها الراسخ الذي يقوم عليه بنيانها.

ومن الممكن أن يخسر الشباب بعض حيويتهم.. لو ظلوا يعيشون وراء ستار القلق والخوف على المستقبل، أو عاشوا يكتمون بين جوانحهم كل الآراء، بحيث لا يعبرون عنها إلا همسا، أو في صورة من صور السلوك، الذي يبدو منحرفا أو متطرفا.

وإذا تحدثنا بلغة الأرقام لبيان خطورتها خاصة في الدول العربية، فقد قدر تقرير لمجلس الوحدة الاقتصادية التابع لجامعة الدول العربية نسبة البطالة في العالم العربي ما بين 15- 20%، وتنبأ التقرير بأن يصل عدد العاطلين عن العمل في البلاد العربية سنة 2010 إلى 25 مليون عاطل.[1]

أما في الجزائر فقد سجلت معدلات البطالة ارتفاعا منذ سنة 1989، حيث انتقلت النسبة من 20,04 % عام 1989 إلى 29,8%سنة 2000 ويرجع هذا الارتفاع إلى الضائقة المالية التي مرت بها البلاد الناجمة عن انخفاض أسعار النفط، وبالتالي انخفاض وتقلص مداخيل الجباية البترولية من جهة، وعجز جل المؤسسات العمومية وعدم قدرتها على إحداث المزيد من مناصب الشغل الجديدة من جهة أخرى.

بالإضافة إلى الإصلاحات الهيكلية التي باشرتها الجزائر مع صندوق النقد الدولي، التي أثرت بشكل كبير على المؤسسات الاقتصادية العمومية ودفعتها إلى التسريح الجماعي للعمال، إما نتيجة لإعادة هيكلة المؤسسات أو غلقها لعدم إيجاد مصادر التمويل، حيث تم تسريح أكثر من 500000 عامل وغلق أكثر من 1000 مؤسسة عمومية ما بين 1994 و1998 بالإضافة إلى غياب سياسة واضحة للتشغيل أدت إلى تزايد العمل الموازي "غير الرسمي" خاصة في مجال النشاط التجاري، ومما ساعد على هذه الوضعية التسرب المدرسي حوالي 400000إلى600000 تلميذ يغادرون المدرسة سنويا، كل هذه العوامل زادت من تفاقم البطالة خلال هذه الفترة.

أما الفترة الممتدة من 2001 إلى غاية 2004، فقد سجلت هذه الفترة تراجعا محسوسا لمعدلات البطالة وانتقالا فريدا من نوعه مقارنة بنتائج السنوات

---

[1] محمد دمان ذبيح، **الآليات الشرعية لعلاج مشكلة البطالة**، لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد الإسلامي، إشراف الأستاذ الدكتور: حسن رمضان فحلة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2007- 2008، ص: 5.

التي سبقت، حيث وصل عدد البطالين عام 2001 حوالي 2,3 مليون عاطل عن العمل بنسبة 27.3 %، من إجمالي الفئة النشطة، وحسب التحقيق الذي أجراه الديوان الوطني للإحصائيات في شهر سبتمبر 2003 حول" النشاط والشغل والبطالة "، بلغت نسبة البطالة 23,7 % مسجلة انخفاضا قدره أربعة نقاط مقارنة بسنة 2001 هذا الانخفاض النسبي يمكن التأكد منه بالقيمة المطلقة، حيث أن عدد البطالين بلغ 2078270 عاطل في سنة 2003 بتراجع قدره 261179 مقارنة بسنة 2001 .

وحسب نفس المصدر، استمرت البطالة في الانخفاض حيث قدر عدد البطالين سنة 2004 حوالي 1,7 مليون عاطل عن العمل بنسبة17.7% مسجلة تراجعا قدره 406736 مقارنة ب2003[1] .

ولأن البطالة لا تؤثر على الجانب المادي فقط، بل تتجاوزه لتمتد إلى الجانب النفسي، الذي يتمثل في الصحة النفسية، خاصة وأن الحصول على عمل مناسب والارتقاء في درجاته المختلفة، من الحاجات الأولى للشباب خاصة خريجي الجامعات، لذا فوقوع الشاب في شبح البطالة له من التأثير على جوانب عدة من حياته، لذا جاءت هذه الورقة لتسلط الضوء على جانب من هذه الجوانب وهو الجانب النفسي من خلال محاولة معرفة إن كانت هناك علاقة بين البطالة والصحة النفسية لخريجي الجامعة في الجزائر؟

2- **التساؤلات الفرعية:**

- هل توجد علاقة بين البطالة والاكتئاب عند خريجي الجامعة.

---

[1] شلالي فارس، "**دور سياسة التشغيل في معالجة مشكل البطالة في الجزائر خلال الفترة 2005- 2004**"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، إشراف الدكتور: محمد صالح، جامعة الجزائر 2004-2005، ص-ص: 70-71.

- هل توجد علاقة بين البطالة والسلوك العدواني عند خريجي الجامعة.

- هل توجد علاقة بين البطالة والقلق عند خريجي الجامعة.

3- الفرضيات:

-**الفرضية العامة:** - توجد علاقة بين البطالة والصحة النفسية عند خريجي الجامعة.

- **الفرضيات الجزئية:**

- توجد علاقة بين البطالة والاكتئاب عند خريجي الجامعة

- توجد علاقة بين البطالة والسلوك العدواني عند خريجي الجامعة.

- توجد علاقة بين البطالة والقلق عند خريجي الجامعة.

- **الفرضيات الإحصائية:**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالاكتئاب عندهم وفق فترة تخرجهم.

- توجد فروق توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالسلوك العدواني عندهم وفق فترة تخرجهم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالقلق عندهم وفق فترة تخرجهم.

4- المفاهيم الإجرائية:

الصحة النفسية: يشمل هذا المصطلح الصحة النفسية في حالة اعتلالها وفي حالة سلامتها، وفي هذه الدراسة سنتناول الجانب السلبي للصحة النفسية والذي يتمثل في ثلاث اضطرابات يعاني منها الشاب الذي يعاني من أزمة البطالة والتي تتمثل أساسا في القلق والاكتئاب والسلوك العدواني.

البطالة: وهي ظاهرة اجتماعية يعيشها معظم الشباب بعد تخرجهم من الجامعة وفي نفس الوقت هي حالة نفسية تعاني منها هذه الشريحة من المجتمع، وفي هذه الدراسة سنسلط الضوء على الآثار النفسية السلبية للبطالة.

5-**أهمية الدراسة:**

- أهمية المورد البشري في تنمية الدول خاصة الشباب منه.
- أهمية الصحة النفسية لهذا المورد لينطلق ويبدع في ظل التطورات الحاصلة في جميع المجالات، لسد الثغرة التي يخلقها هذا التطور بين ما كان وبين ما أصبح.

6-**أهداف الدراسة:**

- معرفة إن كانت هناك علاقة بين البطالة والسلوك العدواني عند خريجي الجامعة.
- معرفة إن كانت هناك علاقة بين البطالة والقلق عند خريجي الجامعة.
- معرفة إن كانت هناك علاقة بين البطالة والاكتئاب عند خريجي الجامعة.

7-**الدراسات السابقة:**

قام سمين (1997) بدراسة استهدفت التعرف على العلاقة الإرتباطية بين الصحة النفسية والأمن والتحمل النفسي على عينة تألفت من (350) طالباً من طلاب الجامعات للمراحل المنتهية. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث ثلاثة مقاييس أحدهما اختبار ماسلو (الشعور – عدم الشعور بالأمن) ومقياس التحمل النفسي ومقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحث، وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام الاختبار التائي وتحليل التباين والانحدار المتعدد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة أرتباطية دالة بين متغيرات البحث الثلاثة والتحمل النفسي متغيراً وسيطاً يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة

التي يحدثها الأمن النفسي عن الصحة النفسية وأن الصحة النفسية وظيفة للتحمل والأمن النفسيان ودالة لهما.[1]

وفي **دراسة الزبيدي (1997)** التي استهدفت بناء مقياس لقياس الصحة النفسية ومعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث لمقياس الصحة النفسية لعينة من طلبة الجامعة، وطبق عليهم مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثان. وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط والوسط الحسابي والاختبار التائي لعينتين مستقلتين، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية التي تشكل لهم أزمات نفسية، ولا يوجد فروق بالصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث[2].

وأجرى **الزبيدي (2000)** دراسة استهدفت معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية، وقد طبق الباحث ثلاثة مقاييس لكل من الضغوط النفسية والرضا المهني والصحة النفسية على عينة من أساتذة الجامعة. وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام ارتباط بيرسون والاختبار التائي وتحليل التباين الثنائي، توصلت الدراسة إلى أن عينة البحث من الذكور والإناث يعانون من ضغوط نفسية، والذكور أكثر معاناة من الإناث، وأن المتوسط الحسابي لدرجات الرضا المهني أقل من المتوسط الفرضي، أما المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية أعلى من المتوسط الفرضي وأن عضو هيئة التدريس يتمتع بالصحة النفسية[3].

---

[1] سمين زيد بهلول، **الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية**، أطروحة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب 1997، ص402.

[2] الزبيدي كامل علوان، سناء مجول، **بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (22)1997، ص112.

[3] الزبيدي كامل علوان، سناء مجول، مرجع سابق، ص68.

- دراسة فريزر FRASER عام 1940:

حيث ذكر الرفاعي (1987)، أن الدراسة التي قام بها هذا الأخير، استهدفت التعرف على علاقة الصحة النفسية بالتزام العاملين بأداء واجباتهم، وكانت أدوات بحثه، المقابلة، وعدد من المقاييس، طبقها على عينة قوامها (300) عامل وعاملة، وتوصلت الدراسة أن 10% من العاملين يعانون من ضعف في صحتهم النفسية، تمثلت باضطرابات عصابية شديدة، وأن 25%منهم يعانون أيضا من اضطرابات خفيفة، كما وأن غياب العاملين يعود إلى تدهور صحتهم النفسية بسبب إصابتهم بالأمراض العصابية. [1]

تقييم الدراسات السابقة:

أثبتت الدراسات السابقة الآثار السلبية لسوء الصحة النفسية، وبعض العوامل المساهمة في ظهور هذا السوء

ونحن في الدراسة الحالية نتناول البطالة كأحد هذه العوامل، كما أن هذه الدراسات ساعدت الدراسة الحالية في تدعيم الجانب النظري وصياغة الفرضيات.

الجانب النظري للدراسة:

1- علم الصحة النفسية و موضوعه:

يعتبر علم الصحة النفسية من فروع علم النفس، الذي يهتم بالدراسة العلمية للشخصية في تكيفها واضطرابها، وهو العلم الذي يدرس العوامل التي تعين على التكيف النسبي أو تعرقله، وهو أيضا يهتم بالعلاقة الدينامية بين الفرد وذاته من ناحية، وبين الفرد والبيئة المحيطة به من ناحية أخرى كعلاقة كلية متصلة، ويدرس الفرد كوحدة زمنية ماضي وما يتضمنه من مؤثرات وراثية

---

[1] المرجع نفسه، ص: 66.

وتنشئة، ثم حاضر المرحلة العمرية التي يمر بها، وما يتمتع به حاليا من سوية ولا سوية.[1]

نستطيع القول من خلال ما تم ذكره، أن مواضيع الصحة النفسية كثيرة ومتعددة، لكنها مرتبطة بكائن وحيد وأوحد هو الإنسان، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على صعوبة دراسته من الناحية النفسية، لأن هناك متغيرات داخلية وأخرى خارجية تحكم سلوكه و ردود أفعاله اتجاه مواقف الحياة المختلفة.

2- **تعريف الصحة النفسية:**

إن مفهوم الصحة النفسية يسير نحو اتجاهين، الاتجاه الأول "سلبي" يعتبر الصحة النفسية خلو من الأعراض والأمراض النفسية والعقلية، واتجاه ثاني "إيجابي"، يعتبر أن الصحة النفسية ليست مجرد خلو من المرض والعرض بل هي أشمل من ذلك، وتتمثل في قدرة الفرد على التلاؤم والتكيف مع نفسه ومع المحيط الخارجي، وفيما يلي بعض التعاريف التي تصب في هذين الاتجاهين.

أولا: الاتجاه السلبي لتعريف الصحة النفسية:

يحدد الصحة النفسية بضدها، أي عن طريق استبعاد كل ما لا يتفق معها إذ يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية هي الخلو من أعراض المرض العقلي أو النفسي.

عرفت موسوعة علم النفس والتحليل النفسي الصحة النفسية كالآتي:

" التوافق السليم والشعور بالصحة والرغبة في الحياة""[2]

---

[1] آمال عبد السميع مليجي باظة، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، 2003، ص:8.

[2]صالح بن إبراهيم الصنيع، **أثر حفظ القرآن على الصحة النفسية**، دراسة ميدانية على حفاظ و حافظات القرآن الكريم، مجلة معهد الإمام الشاطبي للدراسات القرآنية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية الرياض السعودية، العدد السادس، ذو لحجة1429هـ.،ص 247.

إن الخلو من الأمراض النفسية والبدنية لا يعني الصحة، فمرض الإيدز "نقص المناعة المكتسبacquired immunity deficien " يظل كامنا في جسم المريض مدة طويلة قد تصل إلى خمسة سنوات(05) دون أن تظهر على المريض أية أعراض.[1]

ثانيا: الاتجاه الإيجابي لتعريف الصحة النفسية:

أ- **تعريف" إنجلش" (1958):**

"الصحة النفسية حالة من القدرة على التحمل، التي تجعل الفرد قادر على التكيف الجيد والاستمتاع بالحياة، وإحراز تحقيق الذات"

ب- **تعريف "ماسلو" (1964):**

" إن النفس السليمة ليست مجرد أداة للتلاؤم، ولكنها تلك التي تظهر نزعة نحو التطلع للبحث عن القيم والمبادئ التي يمكن أن تعيش بها، والأصحاء يظهرون استقلالية ولا يتوقفون عند مجرد النجاحات النفسية في الخارج أي التكيف مع البيئة، ولكنهم يحققون التوافق الداخلي أيضا"[2]

يمكن القول أن مفهوم الصحة النفسية قد نما وتطور مع تقدم علم الصحة النفسية، فبعد أن كانت الصحة النفسية تدل على معنى سلبي محدود، وهو خلو الفرد من الاضطرابات النفسية، فقد تطورت إلى مفهوم إيجابي أكثر شمولا بحيث أصبحت ترتبط بقدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا بدوره يؤدي إلى حياة خالية من الأزمات والمرض النفسي، ثم

---

[1] وفيق صفوت مختار، **أبناؤنا و صحتهم النفسية**، دار العلم و الثقافة، القاهرة، 2001، ص 14.

[2] معصومة سهيل المطيري، **الصحة النفسية، مفهومها، اضطراباتها**، الطبعة الأولى، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005، ص 23.

بدأ يتسع مفهوم الصحة النفسية ليشمل قدرة الفرد على المحافظة على استقلاليته بأن يعيش القيم والمثل العليا التي يؤمن بها.[1]

3- مؤشرات الصحة النفسية:

هناك بعض المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال على الصحة النفسية للفرد منها:

- تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكاناته، بحيث يجب أن تتناسب قدرات الفرد مع الأهداف التي يريد تحقيقها، وأن يتقبل حقيقة وجود فروق فردية بين البشر.

- المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة مع الحرص على عدم تكرار السلوكيات الفاشلة السابقة.3- التوافق الذاتي، ويتضمن الرضا عن النفس وذلك بأن يقبل القرد ذاته كما هي بكل جوانبها السلبية والإيجابية.

- التوافق الاجتماعي، فالإنسان بطبيعته اجتماعي لا يستطيع العيش بمعزل عن الآخرين، والتوافق الاجتماعي يشمل: التوافق الأسري والتوافق المدرسي والمهني..إلخ، بمعنى جميع المجموعات البشرية التي تربطه بهم علاقات متنوعة. [2]

- المحافظة على الثبات النفسي " النضج الانفعالي"، ويقصد به وجود حاله من التماثل بين الانفعالات ومثيراتها.

- القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية، فالشخص الصحيح هو الذي يستطيع أن يتحكم في رغباته، وأن يكون قادرا على إرجاء بعض حاجياته والشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يعتبر نفسه مسؤولا عن أعماله ويتحمل هذه المسؤولية عن طيب خاطر.

---

[1] معصومة سهيل المطيري، مرجع سابق، ص 21

2 المرجع نفسه، ص ص: 32-33

– القدرة على المواجهة، ويكون ذلك بمواجهة الصراعات والإحباطات والأزمات والشدائد التي يتعين على الفرد مواجهتها، وقد أشار إلى ذلك " شنايدرز" بالتكامل بين العواطف والتحكم والصراع والإحباط.

– العناية بالصحة الجسمية و البدنية، إذ لاشك أن الصحة الجسدية والبرء من الأمراض العضوية يُنتج أفعالا نفسية من نوع خاص تعرف بالصحة النفسية.

ومن ثم يمكن القول بأن الصحة النفسية والصحة الجسدية متكاملتان متطابقتان كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا، ترتبطان معا، يؤثر إضطراب أحدهما على الآخر تأثيرا كبيرا.[1] فإلى جانب هذه المؤشرات هناك مؤشرات عديدة لا يمكن حصرها، لكننا تناولنا في هذه الورقة البحثية البعض منها على سبيل المثال.

<u>مشاكل الصحة النفسية:</u>

ونقصد بمشاكل الصحة النفسية في هذه الدراسة، القلق، والاكتئاب والسلوك العدواني الذي قد يعاني منه الشاب بسبب البطالة، لذا يجب أن نتناول مفهوم كل اضطراب على حدى.

أولا: القلق:

القلق عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن الفقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا الفقدان أو الفشل، ويقصد بالفقدان هنا فقدان قيم، أو فقدان شيء يملكه ويقدره إيجابيا ويرغب في الاحتفاظ به، ويمكن أن يكون هذا الفقدان عابرا أو نهائيا، أما الفشل فيعني هنا أن الفرد يرغب في تحقيق هدف مهم بالنسبة إليه ويقوم بمحاولة الوصول إليه.[2]

---

[1] عبد العزيز بن عبد الله الأحمد، **<u>الطريق إلى الصحة النفسية</u>**، الطبعة الأولى، دار الفضيلة، الرياض السعودية، 1999. ص–ص 41– 44.

[2] سامر جميل رضوان، **<u>الصحة النفسية</u>**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2002، ص 232.

- **تعريف هورني HORNEY :**

القلق عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد، ناشئة عن مواقف وأحداث مؤلمة تبدأ منذ المراحل الأولى لنشأة الطفل، ومنها تضارب مشاعر الوالدين نحوه وتفضيل أحد إخوته عليه، أو رفضهم له، أو إنزال عقاب غير عادل به والسخرية منه.[1]

- **تعريف أحمد عكاشة :**

" القلق شعور غامض غير سار، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية كزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو الحبسة في الصدر، أو ضيق في التنفس.[2]

ثانيا: الإكتئاب

ويعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعانى منها العديد من الأفراد، ويتسم بالشعور بالإحباط، والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فان الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح اكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء تأثر بسيط أو شديد، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية، والعوامل النفسية التي ربما

---

[1] أديب محمد الخالدي، **المرجع في الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان، الأردن، 2009 ص126.

[2] ناجية دايلي، **الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق**، دراسة ميدانية بولاية سطيف، لنيل شهادة الماجستير، إشراف الأستاذ: معروف لمنور، جامعة سطيف 2، الجزائر 2013، ص 98.

تتأثر بالعوامل الخارجية، وفيما يلي سنتناول بعض التعاريف الخاصة بهذا الاضطراب النفسي:

- **يعرفه زهران(1997):**

الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه."

- **ويعرفه آرون بيك "Beck" (1997) :**

الاكتئاب هو أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يتسم بخمسة عناصر أساسية:

- التقلب المزاجي الذي يشمل :الحزن، والشعور بالوحدة، والذنب.
- مفاهيم خاصة عن الذات تشمل :لوم الذات، انخفاض تقدير الذات.
- رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل :الرغبة في العزلة، والموت.
- تغيرات جسمية تشمل: الأرق، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة الحيوية.
- تغير في مستوى النشاط ويشمل القصور، والبطء[1].

ثالثا: السلوك العدواني:

لقد تعددت تعريفات السلوك العدواني، لاختلاف وجهات نظر الباحثين واختلاف مشاربهم، فهناك من يحدد السلوك العدواني في ضوء أسبابه مثل: **كريتش** (Kretch,1974) :" حيث يعتبر السلوك العدواني من بين ردود الأفعال الدفاعية في مواقف الإحباط المترتبة على الإخفاق في إشباع دوافع الفرد، وما

---

[1]ريم محمود يوسف أبو فايد، **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي**، إشراف الدكتور عاطف عثمان الآغا، للحصول على درجة الماجستير في قسم علم النفس من كلية التربية في الجامعة الإسلامية، غزة، 2010، ص-ص9 -12.

قد ينتج عن ذلك من توتر عادة ما ينفس عنه بالأعمال العدوانية التي يبدو أنها تهدئ الإحباط تهدئة وقتية".[1]

- **أما دولارد وآخرون1980 Dollard :**

فيعرفون العدوان بأنه الاستجابة التي تلي الإحباط، أو ذلك الفعل الذي تعتبر استجابته الهادفة هو أن يلحق فرد الأذى بكائن أو من يقوم مقامه "[2]

- **ويعرفه" بص" Buss 1961:** "بأنه" سلوك يصدره الفرد لفظيا أو ماديا صريحا أو ضمنيا مباشرا أو غير مباشر ناشطا أو سلبيا، ويترتب على هذا السلوك إلحاق الأذى البدني أو المادي بالشخص نفسه صاحب السلوك العدواني أو بالآخرين "[3].

- **يشير بينتون** Benton " أن السلوك العدواني هو استعمال القوة والعنف في العلاقات بين الأفراد بدون تبرير لهذه القوة أو أن استعمالها يسبب ضرورة دفاعية" [4].

أشكال السلوك العدواني:

- **العدوان اللفظي:** يشمل على مختلف أنواع الكلام مثل التهديد التشهير السب، الاستهزاء، الاحتقار.

---

[1] أحمد محمد عبد الهادي دحلان، **العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدواني لدى أطفال بمحافظة غزة**، استكمالا لمتطلبات الحصول على الماجستير، إشراف محمد وفائي الحلو، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين،2003،ص 18.

[2]المرجع نفسه، ص19.

[3]بن حليلم أسماء، **السلوك العدواني لدى الطفل وعلاقته بالإساءة اللفظية والإهمال من طرف الأم**، مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، جامعة الوادي، العدد السابع، جويلية 2014، ص26.

[4] عبد الله بن محمد الوابلي: **السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا، طبيعته وأساليب علاجه**، مركز البحوث التربوية، الرياض، د ط، 1993، ص10.

- **العدوان الجسدي** هو استخدام القوة الجسدية اتجاه الآخر باستخدام شيء كالعصا، الحصى، رصاصة أو بدون ذلك كالضرب، الدفع اللكم، العض.
- **العدوان نحو الممتلكات** : يقصد به تخريب ممتلكات الآخرين وإتلافها مثل تكسير وحرق أو سرقة الممتلكات والاستحواذ عليها[1].
- **أسباب السلوك العدواني:**

للعدوان أسباب نفسية واجتماعية وأخرى بيولوجية:

- **الأسباب النفسية** : الحرمان الإحباط الانفعالات الشديدة كالغضب والخوف الصدمات النفسية، السادية والتعصب ودافع القتال.
- **الأسباب الاجتماعية:** التنشئة الاجتماعية الخاطئة منها أساليب المعاملة الوالدية الغير سوية كالإهمال، القسوة، العقاب، غياب الأب عن الأسرة، البيئة العدواني، الرفض الاجتماعي، والشعور بالتهديد.
- **الأسباب البيولوجية** ارتفاع الهرمونات الذكورية، القوة العضلية العاهات، التشوهات.[2]

البطالــــــة: هناك عدة تعاريف للبطالة، وفيما يلي سنتناول البعض منها التي تصب في إطار اقتصادي، والتي تتوافق مع طبيعة وأصل المصطلح.

- تعريف البطالة حسب الديوان الوطني للإحصاء:

يعتبر الشخص بطالا إذا توفرت فيه المواصفات التالية:

---

[1]بن حليلم أسماء، مرجع سابق، ص27.

[2]المرجع نفسه، ص 26.

- أن يكون الفرد في سن يسمح له بالعمل (بين 15 سنة و 64 سنه).
- لا يملك عملا عند إجراء التحقيق الإحصائي، ونشير إلى أن الشخص الذي لا يملك عملا هو الشخص الذي لم يزاول عملا ولو لمدة ساعة واحدة خلال فترة إجراء التحقيق.
- أن يكون في حالة بحث عن عمل، حيث أنه يكون قد قام بالإجراءات اللازمة للعثور على منصب شغل.
- أن يكون على استعداد تام للعمل ومؤهلا لذلك[1].

- **وتُعرّف البطالة على أنها:** الحالة التي يكون فيها الشخص قادرا على العمل وراغبا فيه وباحثا عنه ويقبل به عند الأجر السائد لكنه لا يجده، وتعني البطالة وجود طاقة فائضة أو استخدام غير كامل للموارد المتاحة.

ويتوافق هذا مع التعريف الذي أوصت به منظمة العمل الدولية ILO على تعريف العاطل بأنه: " كل من هو قادر على العمل وراغب فيه ويبحث عنه ويقبله عند مستوى الأجر السائد، ولكن دون جدوى".

يتأكد لنا من ذلك أن نسبة البطالة المرتفعة الواقعة فعلا، أمر إجباري وليس اختياري، وبالتالي فإن العاطل عن العمل جبرا قد يتحول إلى مرحلة الانتقام بعد اليأس، وهذا ما يطرح مشكل الآثار السلبية للبطالة والمؤدية إلى انحرافات على مختلف المستويات.[2] (يشعر الشباب بالضيق والتوتر لعدم توافر فرص العمل والوظائف والأنشطة التي من خلالها يشعرون أنهم إيجابيون ومنتجون ومشاركون حقيقيون في بناء ذواتهم، وبناء وطنهم.

---

[1]شلالي فارس، مرجع سابق، ص-ص 4- 5.

[2]وفيق صفوت مختار، **أبناؤنا وصحتهم النفسية**، دار العلم و الثقافة، القاهرة، 2001، ص: 288.

أنواع البطالة:

يمكن تصنيف البطالة إلى عدة أنواع مختلفة، لكننا سنتناول في هذه الورقة البعض منها فقط على سبيل المثال لا على سبيل الحصر:

1- البطالة الإجبارية :

يطلق عليها أحيانا البطالة السافرة، وهي تعني حالة وجود شخص قادر على العمل، ويبحث عنه بشكل جاد عند أجر سائد لكنه لا يجد هذا العمل حيث يبقى مجبرا على التعطل من غير إرادته.

2- البطالة الاختيارية:

تظهر هذه البطالة عندما يقوم العامل بالتعطل بمحض إرادته دون أي سيطرة أو إجبار ويندرج تحت هذا النوع من البطالة ما يعرف بـ:

2-1 البطالة الاحتكاكية:

تعني وجود الفرد في حالة تعطل، نتيجة للوقت الذي ينقضي عليه بسبب بحثه عن عمل دون أن يجد العمل المناسب له، أو حالة عدم عثور صاحب العمل على العمالة المناسبة للوظائف الشاغرة.

وتعتبر البطالة بطالة اختيارية لأنها تتم بناء على رغبة بعض الأفراد بهدف التفرغ من أجل البحث عن المعلومات المتعلقة بأفضل فرص للعمل في السوق.

2-2 البطالة الهيكلية:

يمكن إرجاع وجود البطالة الهيكلية إلى عاملين:

العامل الأول: يفسر وجود هذا النوع من البطالة في حالة عدم التوافق بين المهارات المطلوبة لفرص العمل المتاحة وبين المهارات التي يملكها الأفراد الباحثين عن العمل، كذلك عدم التوافق بين المناطق الجغرافية التي توجد بها فرص العمل وبين المناطق الجغرافية التي يوجد بها الأفراد الباحثون عن العمل.

العامل الثاني: يرجع سبب وجود البطالة الهيكلية إلى ضعف المقدرة الاستيعابية للاقتصاد الوطني، والتي تنشأ أساسا بسبب عدم التناسب بين حجم فرص العمل الجديدة التي يمكن أن يخلقها الاقتصاد الوطني وبين حجم الداخلين الجدد لسوق العمل سنويا[1].

3- البطالة المقنعة:

انتشر استخدام لفظ البطالة المقنعة في هذه الأيام، للتعبير عن الحالة الناتجة عن حشد موظفين أو عمال في عمل ليس بحاجة إليهم جميعا، وكان يكفي تشغيل عدد معين منهم، كما يدل هذا اللفظ على وضع شخص في مكان غير مناسب لما درب عليه، ولا يتماشى مع استعداداته أو ميوله، لكي لا يبقى في الشارع.[2]

ومما لاشك فيه أن الشباب خريجي الجامعة يعانون من كل أنواع البطالة التي سبق ذكرها فهم يعانون من البطالة الإجبارية بسبب عدم توفر مناصب شغل رغم الجهد الذي يبذلونه للحصول على عمل، وقد يحصلون على عمل في إطار عقود ما قبل التشغيل، فيقعون بذلك فريسة البطالة الهيكلية والبطالة المقنعة "هذا الحل الزائف"، وهو تشغيل عدد من العمال ليسوا بحاجة إليهم، مما يولد لدى الشاب العديد من المشاعر السلبية مثل الشعور بالإحباط والقلق والاكتئاب، والاغتراب النفسي، هذه الأخيرة التي قد تخرج من إطارها الاستجابي والتفاعلي، وتدخل ضمن الاضطرابات الذهانية " مستعصية الحل".

---

[1] شلالي فارس، مرجع سابق، ص-ص 6- 7.

[2] يوسف ميخائيل أسعد، **الشباب والتوتر النفسي**، دار غريب للطباعة والنشر، 2001، ص:47.

- **خصائص البطالة في الجزائر:**

حقيقة أن ظاهرة البطالة لا يتحملها الفرد ولا المجتمع، فالفرد بالإضافة إلى انعدام دخل مستقر، يعيش وضعية سيئة وتهميشا وإقصاء، أما على المستوى الاجتماعي، فتعتبر مصدرا للتوترات داخل المجتمع مما يؤدي إلى ضعف التماسك الاجتماعي، ومهما يكن من أمر فإن البطالة في بلادنا أصبحت تكتسي الخصائص التالية:

أ – ارتفاع نسبة البطالة عند الشباب أكثر من82 %.

ب – نسبة البطالة عند الأشخاص دون الثلاثين تقدر بـ 73.28 %، وتصل إلى حوالي 59.5 % في الوسط الحضري، علما أن البطالة في الوسط الحضري تكلف الاقتصاد أكثر من البطالة الريفية خاصة وأن التوترات والنزاعات الاجتماعية الناتجة عن البطالة تعتبر أكثر خطورة في المدن.

ج – من جهة أخرى، إن مدة البطالة التي تعتبر عنصرا هاما في تقدير التنمية البشرية أصبحت تمتاز بطول مدة البحث عن العمل(38 %) من مجموع البطالين يتواجدون في حالة بطالة أكثر من سنة .(علما أن هذا النوع من البطالة يصبح خطيرا عندما يتعدى السنة.

د – سجلت البطالة عند النساء ارتفاعا ملحوظا قدرت نسبتها 18 % عام 2004.[1]

تعريف مرحلة الشباب:

يعرفها علماء النفس :" بأنها حالة عمرية تخضع للنمو البيولوجي ولثقافة المجتمع فهي مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد لها خصائص متميزة، وقد تتخللها اضطرابات ومشكلات بسبب الضغوط التي يتعرض لها الشباب من الأسرة والمدرسة والمجتمع، وبهذه المرحلة يتم تحقيق الذات ونمو الشخصية

[1] شلالي فارس، مرجع سابق، ص–ص 71– 72.

وصقلها، وكذلك هي نقطة ضعف وثغرة يحتاج فيها الشباب إلى مساعدة للأخذ بيده ليعبر هذه المرحلة بسلام" .[1]

- حاجات الشباب :

هناك حاجات أساسية لابد من إشباعها، وإذا لم يتم إشباعها، فإن الشاب سيصاب بالتصدع والخلل وعدم التوازن ومن بين أهم هذه الحاجات:

- **الحاجة إلى تأمين المستقبل: هذه الحاجة تتطلب ما يأتي:**

-الحصول على عمل مناسب والارتقاء في درجاته المختلفة.

-تيسير التعليم وتخطيطه بحيث يوفق بين حاجات المجتمع وحاجات الشباب نفسه.

-توفير التأمينات الاجتماعية المختلفة في حالات المرض أو العجز عن العمل.

-**الحاجة إلى الزواج وتكوين أسرة : إشباع هذه الحاجة يتم بالطرق الآتية:**

- توفير الأمن الاقتصادي للشباب وتأمينه على مستقبله ومستقبل أولاده.

- توفير التربية الجنسية للشباب وتبصيرهم بحقائق الحياة الروحية ومعاونتهم عن طريق الخبراء في مواجهة مشاكل الزواج والتغلب على صعابها.

3- محاربة التقاليد التي تفرق بين الجنسين ودعم التضامن وتهيئة فرص التفاهم بينهما.

- **الحاجة إلى مثل عليا واضحة وقيادة واعية : ويتضمن ما يأتي:**

-الحاجة إلى أن تتضح أهداف الدولة وأهداف خدماتها التعليمية والاقتصادية والسياسية.

---

[1] هناء حسني محمد النابلسي، **دور الشباب الجامعي في العمل التطوعي والمشاركة السياسية**، مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن2010، ص 51.

-الحاجة إلى التوجيه الواعي عن طريق وسائل الإعلام ووسائل أجهزة الثقافة والتعليم.

- الحاجة إلى قادة متخصصين في جميع الميادين.

- **الحاجة إلى دعم الشخصية واستغلال الاستعدادات الخاصة**

- تهيئة وسائل استثمار وقت الفراغ.

- توفر وسائل التثقيف.

-حماية الشباب من حملات الإفساد والتفاهة والتعصب.

- توفير وقت فراغ كافي تستغل فيه المواهب الخاصة وتزاول فيه الهوايات الشخصية، الأمر الذي لا يتوفر دائما وأبدا في جو المهنة.

- أن أساليب العمل مع الشباب ينبغي أن تسقط كل نوع من أنواع التسلط عليه، ويجعله مشاركا فعالا في عمليات التخطيط والتنفيذ والتقويم.[1]

5- مشاكل الشباب:

ترتبط مشكلات الشباب ارتباطا وثيقا بالحضارة، وما تفرضه عليهم من مشكلات مناهضة للفطرة، وطبيعتها تختلف عن طبيعة الوجود الطبيعي، لقد فاقت الحضارة أوضاعا ومتطلبات كثيرة إذا لم تعالج بحكمة، فإنها ستؤدي في النهاية إلى انهيار صريح، فإلى جانب مشكل البطالة الذي تحدثنا إليه سابقا هناك عدة مشاكل يعاني منه الشاب في هذه المرحلة وتتمثل فيما يلي:

أ- أزمة التعبير لدى بعض الشباب محورا رئيسيا لمشكلاته: ولعل السبب في ذلك أن بعض الشباب قد لا يجدون مجالا ليكتبوا ما يعتقدونه، أو يعبرون فيه

---

[1] محمد سيد فهم، **إدارة الأزمة مع الشباب**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2011، ص-ص 145-148.

عما يشعرون، أو يفتقرون إلى وجود قنوات اتصال حقيقية يعبرون من خلالها عما يشعرون، ويعلنون عن مشاكلهم و يحددونها.

ب- التغيير السريع الذي شمل جوانب الحياة: بحيث لا يقوى بعض الشباب أن يتابعوه، أو يحذو حذوه، مما أدى إلى الشعور بصراعات نفسية حادة، دفعت بعضهم إلى التمرد تارة وإلى التطرف تارة أخرى، وما قد يتبع ذلك من عوامل التوتر والاضطراب النفسي.

ت- التطلع للكسب السريع: دون أن يفكروا في حدود إمكانياتهم وقدراتهم وأصبح محور اهتمامهم كيف يحصلوا على دخل مناسب، يمكنهم من تلبية حاجاتهم الضرورية، التي خرجت في الواقع عن حدود الضرورة المتعارف عليها، من مأكل وملبس، ومشرب وفكر وثقافة وتكوين الأسرة في المستقبل وثقافة، واتجهت إلى بعض الأساليب التي قد تتعلق بسلوك التدخين، والسهر في الأماكن التي قد يجد فيها متنفسا لحاجاته العضوية، إلى جانب شعوره بالرضا.

ث- الشباب وعدم الانتماء:

عدم الانتماء ظاهرة نفسية تعبر عن حالة من حالات الحياد العاطفي بالنسبة للشخص أو بالنسبة للآخرين، أو بالنسبة للمجتمع، وبهذا تصبح هذه الظاهرة عرضا مرضيا.

عدم الانتماء إذن تعبير عن غياب الدافع على أداء فعل معين، إلى جانب فقدان الحماس، والرغبة في تحقيق التطلعات، والانجازات، فهي حالة تتساوى فيها كل الأمور بحيث يوضع الإنسان في أي مكان، يفعل أي شيء كان، لأن هذا الإنسان انفصل عن ماضيه وحاضره .. ولم يعد يهتم بمستقبله.

وعدم الانتماء لدى بعض الشباب يمثل مشكلة خاصة، عندما تكون لاإرادية بمعنى أننا نرى شبابنا مسلوب الإرادة، وتعجز إرادته عن فعل أي شيء، ومن ثم لا يكون هناك أمل للتغيير والتجديد والإصلاح.

ج- الشباب بين اليأس والأمل:

يعد اليأس ظاهرة بشرية تعتري الإنسان عندما يتعرض لمأزق لإرجاء في الخلاص منه، والشباب قوته وتصميمه وطاقاته دليل ساطع على أنه ما يزال يأمل أن يكون مستقبله خيرا من ماضيه وحاضره، فإذا كانت خبرة اليأس وما يصاحبها من إحباطات تقف حجرة عثرة أمام الشباب، وإنها دليل قوي على اقتران شعورهم بالعسر والضيق والشدة....فإن خبرة الأمل دليل قوي أيضا على ارتباط قدراتهم وطاقاتهم بالثقة والرجاء.

ح- الشباب والتحكم في الظروف والتعذر بعوامل خارجية:

كثيرا ما نرى الشباب يتذرعون بأسباب تبدو خارجية عنهم، أو أنهم لا دخل لهم فيها، ومن هنا يكون القصور راجعا إلى أنهم يميلون إلى الانطواء على أنفسهم، ويعلنون بصراحة بأنهم لم يعودوا يملكون من القدرة ما يستطيعون معه مواجهة الظروف الخارجية والتغلب عليها.

الشباب إذن عليه أن يتحلى بالإرادة التي تمكنه من التغلب على الظروف فليس أسهل على الإنسان من أن يستسلم للعجز بحجة أن الظروف التي يواجهها، ظروف عصيبة، والغريب أننا نجد بعض الشباب يستسلمون لليأس تحت وطأة رفض مبدأ المقاومة، أو أنهم يميلون إلى رفض الصراع، الذي يمكن أن ينشأ بينهم وبين مصدر المشكلة أو الصعوبة.

خ - الشباب والتقوقع داخل الذات والتشبث بالعزلة:

بحيث يتشبث بعض الشباب بالعزلة عن المجتمع ويرفضون التفاعل مع الأفراد، وهم بذلك لم يحققوا أي ضرب من ضروب التوافق مع الواقع.

د- **الأسوة الحسنة ضالة الشباب المنشودة:**

يشعر بعض الشباب بدوار وغربة عندما يجدون القيادة قد اختلت تصرفاتها، أو أثبتت المواقف أو الظروف أنها لم تكن على قدر من المسؤولية خصوصا حين يكون الشباب قد وضع كل ثقتهم فيها، ثم تظهر هذه القيادة من

خلال تصرفاتها بأنها ليست على مستوى هذه المسؤولية، فيشعر الشباب أنهم كانوا مخدوعين فيها، فيتولد عندهم الشعور بالقلق ، وعدم الأمن النفسي.

ذ- **الشباب بين الحيرة والفوضى والعنف:**

وعندما نجد ظاهرة العنف والفوضى قد تفشت بين بعض الشباب، فإن هذه الظاهرة قد يكون مرجعها إلى عجز هؤلاء البعض من الشباب عن أن يفعلوا أعمالا إيجابية لعدم إتاحة الفرصة لهم، أو أنهم لا يعاملون المعاملة التي تمكنهم من تفريغ طاقاتهم، لابد من تعويد الشباب على إبداء آرائهم في علانية مع إتاحة الفرص لهم لأداء أدوار اجتماعية ثقافية، وفنية ورياضية، لإطلاق القرى المخزونة لديهم.[1]

الجانب الميداني للدراسة:

1-المجال المكاني والزماني للدراسة: تمت الدراسة في 20-11-2017 بحي من أحياء سطيف(الهضاب)

2-المنهج: وتم الاعتماد على المنهج الوصفي

3-العينة:

عينة الدراسة مكونة من 40 فردا (18 شاب فترة تخرجه من الجامعة أقل من 3 سنوات، و22 شاب فترة تخرجه من الجامعة أكثر من 3 سنوات)، تم اختيارها بطريقة غير عشوائية عن طريق عينة الصدفة في حي من أحياء الهضاب بسطيف (جميع أفراد العينة من خريجي الجامعة ولديهم مستوى اقتصادي متشابه، وجميعهم ذكور)، حيث لاحظت الباحثتان بعد إجراء مقابلة أولية استطلاعية لمجموعة من الشباب أن استجاباتهم تختلف حسب مدة

---

[1]سيد صبحي، **الشباب وأزمة التعبير**، **الطبعة الأولى**، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2002، ص ص: 9-28.

تخرجهم، ويجب الإشارة إلى أن العينة تعتبر صغيرة، وذلك لعدم إرجاع بعض الشباب للاستمارات وهناك استمارات لم يتم الإجابة على كل بنودها، وعليه يمكن اعتبار هذه الدراسة كدراسة استطلاعية لدراسات قادمة لنفس الموضوع نظرا لأهميته من خلال زيادة انتشار ظاهرة الهجرة غير شرعية، وظهور السلوك العدواني وزيادة درجته.

4-أدوات جمع البيانات:

وتم توزيع استبيان على عينة الدراسة يتضمن **ثلاث محاور: الأول (الاكتئاب):** يحتوي على البنود من 1 إلى10، و**المحور الثاني (السلوك العدواني):** من 11إلى14، و**المحور الثالث (القلق):** من 15إلى 21، وحيث كل محور يعالج فرضية ، حيث تم الاعتماد على مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R في بناء هذا الاستبيان.

5-الأساليب الإحصائية:

وتم الاعتماد على كا^2 والنسب المئوية في التحليل.

حيث: $\text{كا}^2 = \text{مج} \frac{(\text{ت م} - \text{ت ع})^2}{\text{ت ع}}$/ وإذا كان عدد التكرارات أقل من 05 ، هنا يجب استخدام تصحيح ياتسyats correction، حيث $\text{كا}^2 = \text{مج} \frac{(|\text{ت م} - \text{ت ع}| - 0.5)^2}{\text{ت ع}}$.

ت م = التكرار المشاهد ، ت ع = التكرار المتوقع .

$\text{ت ع} = \frac{\text{عدد تكرارات الصف} * \text{عدد تكرارات العمود}}{\text{عدد التكرارات الكلي}}$.[1]

6-الشروط السيكومترية:

[1] المختار محمد إبراهيم، أسس تحليل البيانات في علم الإجتماع، ط1، 2005، ص: 124.

أ–الصدق:

الصدق= $\frac{و_ع - \frac{ع}{2}}{ع}$ [1]

ع و=عدد الحكمين الذين اعتبروا ان البند يقيس السلوك المراد قياسه

ع=عدد الحكمين الجمالي وهو04

وبتجميع كل القيم المحصل عليها في البنود ثمّ قسمتها على عدد هذه الأخيرة – البنود –، تم الحصول على قيمة صدق المحتوى الإجمالي للاستبيان.

–صدق المحتوى=0.88الاستبيان صادق بما أنه أكبر من 0.70

ب– الثبات: كون أن الاختيار في الإستبيان من متعدد نستعمل ألفا كرونباخ.

الثبات$\alpha = \frac{ن}{ن-1} \times 1 - \frac{ج\ ع_ب^2}{ع_ك^2}$

$ع^2 = \frac{ج\ س^2 - \frac{(ج\ س)^2}{ن}}{ن-1}$ $\quad$ $ع^2$ ك=193.58

$\alpha = 0.88 > 0.70$ $\quad$ الاستبيان ثابت

أ– **<u>عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:</u>**

<u>معالجة الفرضية الإحصائية الأولى:</u> المحور الأول: **(**محور الإكتئاب**)**من البند 01إلى البند 10:

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالاكتئاب عندهم وفق فترة تخرجهم.

---

[1]Muchinsky, Muchinshy, **Psycologyapplidwork an introduction to industrail and organizationpsycology** ,miningproject ,1983,p :178.

البدائل مدة التخرج	دائما	أحيانا	إطلاقا	المجموع
أقل من 3 سنوات	54 89.55	98 65.25	28 25.2	180
أكبر من 3 سنوات	145 109.45	47 79.75	28 30.8	220
المجموع	199	145	56	400

ومنه: كا^2 =56.12

وبالرجوع إلى جدول القيم الحرجة تحت درجة الحرية ن=2 ومستوى الدلالة 0.05 نجد قيمة كا^2 المجدولة 5.99، وهي أصغر من كا^2 المحسوبة، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالاكتئاب عندهم وفق فترة تخرجهم.

حيث أن خريجي الجامعة الذين تزيد مدة تخرجهم عن ثلاث سنوات ولم يجدوا عملا تراودهم أفكار سيئة ويشعرون بالبطء، وفقدان الطاقة وبأنهم مكبلون، وكثيروا النقد لذاتهم ويشعرون بالحزن الدائم والانزعاج، وفقدان الأمل في المستقبل، وذلك بنسب لا يستهان بها حيث وصلت إلى 66 %، أما الذين مدة تخرجهم أقل من ثلاث سنوات فأمر وجود فروق بينهم وبين الفئة الأولى لا يعني خلوهم من الامور السابقة بل انها موجودة ، ووجودها ليس بالدائم لكن تظهر أحيانا كما قالوا وذلك بنسبة تصل حتى54 %.

ومن معالجة الفرضية الأولى، تم **قبول الفرض البديل**.

معالجة الفرضية الإحصائية الثانية: المحور الثاني: (محور السلوك العدواني)من البند 11إلى البند 14:

- لا توجد فروق توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالسلوك العدواني عندهم وفق فترة تخرجهم.

البدائل مدة التخرج	دائما	أحيانا	إطلاقا	المجموع
أقل من 3 سنوات	40 40.05	24 24.75	8 7.2	72
أكبر من 3 سنوات	49 48.95	31 30.25	8 8.8	88
المجموع	89	55	16	160

ومنه: كا^{2}=0.45

وبالرجوع إلى جدول القيم الحرجة تحت درجة الحرية ن=2 ومستوى الدلالة 0.05 نجد قيمة كا^{2} المجدولة 5.99، وهي أكبر من كا^{2} المحسوبة، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالسلوك العدواني عندهم وفق فترة تخرجهم.

أما المحور الثاني فقد اتفق أفراد العينة على وجود السلوك العدواني عندهم، الأمر الذي يفسر Hن هذه العدائية لا تتعلق فقط بالبطالة بل أنها أصبحت سمة في شباب اليوم ولدى أفراد المجتمع ككل، ودليل ذلك أننا أصبحنا وكل يوم نسمع عن مظاهر العنف في الملاعب، في المستشفيات، في الجامعات، في الأسواق...، والمشكل هنا ليس العنف بل في درجته التي كانت في وقت سابق شجار لا يتعدى الشتم والضرب الخفيف، أما في الوقت الحالي فأصبح يصل إلى حد القتل ولأتفه الاسباب.

وبالتالي يمكن القول أنه تم **رفض الفرض البديل** في هذا المحور.

<u>معالجة الفرضية الإحصائية الثالثة</u>: المحور الثالث: (محور القلق)

من البند 15إلى البند 21:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة

البدائل مدة التخرج	دائما	أحيانا	إطلاقا	المجموع
أقل من 3 سنوات	**35** **68.4**	**74** **43.2**	**17** **13.95**	**126**
أكبر من 3 سنوات	**117** **83.6**	**23** **53.35**	**14** **17.05**	**154**
المجموع	**152**	**97**	**31**	**280**

البطالة بالقلق عندهم وفق فترة تخرجهم.

ومنه: كا²=70.12

وبالرجوع إلى جدول القيم الحرجة تحت درجة الحرية ن=2 ومستوى الدلالة 0.05 نجد قيمة كا^2 المجدولة 5.99، وهي أصغر من كا^2 المحسوبة، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء خريجي الجامعة حول علاقة البطالة بالقلق عندهم وفق فترة تخرجهم.

وما يقال عن المحور الثالث هو وجود اختلاف بين أفراد العينة، حيث أن خريجي الجامعة الذين تزيد مدة تخرجهم عن ثلاث سنوات، ولم يجدوا عملا يشعرون بالارتجاف وزيادة ضربات القلب والتوتر والخوف والتعب وبعدم أهميتهم والتشاؤم من المستقبل، أي بالقلق وذلك بشكل دائم وبنسبة تصل إلى 76 %، أما الفئة الأخرى من العينة فتختلف عنها، لكن الاختلاف ليس في عدم الوجود بل أن الاعراض موجودة ووجودها ليس بالدائم، بل تظهر أحيانا وبنسبة تصل الى 59 %، ومنه يمكن القول أنه تم **<u>قبول الفرض البديل</u>**.

ومنه، ومن خلال مناقشة المحاور الثلاثة السابقة يمكن القول أنه تم **قبول الفرضية العامة** بشكل جزئي، أي القول: – توجد علاقة بين البطالة والصحة النفسية عند خريجي الجامعة.

وعليه إن خريجي الجامعة الذين تزيد مدة تخرجهم عن ثلاث سنوات ولم يجدوا عملا، لديهم أعراض الاكتئاب والقلق وهم يختلفون عن الفئة الأخرى من العينة الذين تقل مدة تخرجهم عن 3 سنوات، حيث أن الأعراض تتواجد عندهم لكن ليس بالشكل الدائم، أمر ممكن أن يكون بالدائم ان زادت مدة بطالتهم وهو أمر يعتبر مخيف كون أن الشباب هم الأساس في بناء المجتمعات إن ضاعوا ضيعوا بلدانهم من جراء الاضطرابات النفسية التي تسيطر عليهم، فتتكون لديهم مشاعر سلبية اتجاه بلدانهم فيبدعون بذلك في التخريب لأنهم يعانون سوءا في صحتهم النفسية.

أما عن المحور الثاني الذي يتفق فيه أفراد العينة، وهو المتعلق بالعدوانية، فالباحثتان ترجع الأمر بالإضافة للبطالة، هو أن جيل اليوم هذه هي تركيبته، أمر يرجع إلى أساليب التنشئة الاجتماعية الجديدة.

خاتمة:

وعليه فإن الصحة النفسية للفرد يجب أن تشتمل على الخلو من أعراض المرض النفسي، والتوافق الشخصي والاجتماعي وإحساس الفرد بالرضا والسعادة، وقدرته على الإنتاج وإدراكه لتحقيقه لذاته، وقدرته على مواجهة مطالب الحياة، وقدرته على إنشاء العلاقات الاجتماعية، وانتهاجه الطرق التي تضمن له تحقيق الذات وقدرته على الاستقلال وتحمل المسؤولية، وتبنيه لإطار قيمي يتفق مع الواقع الذي يعيش فيه، وهذه هي أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة للإنسان.

وعليه فالسبيل الوحيد لإنقاذ هذا الشباب يتحدد من خلال الاستماع إلى شكواهم، ومطالبهم، ومحاولة التعرف على وجهة نظرهم، وتوظيف طاقتهم التوظيف السليم، مع الاعتراف بهم كقوة هائلة بهذا الوطن العزيز، بالتوجيهات السليمة، والإرشادات الواعية التي تمكنهم من التفاعل مع واقعهم وتعودهم على الانغماس الإيجابي في وضع الحلول للمشكلات ببصيرة نافذة ورؤية ثقافية. وننوه ومن خلال نتائج هذه الدراسة إلى أهمية ايجاد حلول ليس للقضاء على البطالة لأنه من غير المعقول تحقق ذلك فهي موجودة حتى في الدول المتقدمة أي هي مشكل عالمي، لكن على الأقل التقليل من نسبتها، من خلال مشاريع تنموية فعلية وجادة، لما للبطالة من انعكاس سلبي على الشباب وعلى المجتمعات التي يعيشون فيها.

وكما تجب الإشارة ومن خلال دراسة هذا الموضوع إلى اقتراح مواضيع نراها مهمة، والتي تنبثق من الموضوع العام التالي: "البطالة كسبب في تدهور الصحة النفسية للشباب البطال، وانعكاس هذا الأمر بظهور ظواهر أو زيادتها وزيادة حدتها منها الهجرة غير شرعية، والعنف.

❁❁❁

المـراجع:

1- أحمد محمد عبد الهادي دحلان، **العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدواني لدى أطفال بمحافظة غزة**، استكمالا لمتطلبات الحصول على الماجستير، إشراف محمد وفائي الحلو، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين،2003.

2- أديب محمد الخالدي، **المرجع في الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار وائل عمان، الأردن، 2009.

3- أديب محمد الخالدي، **علم النفس الإكلينيكي**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.

4- آمال عبد السميع مليجي باظة، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، الطبعة الثانية مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2003.

5- بن حليلم أسماء، **السلوك العدواني لدى الطفل وعلاقته بالإساءة اللفظية والإهمال من طرف الأم**، مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، جامعة الوادي، العدد السابع جويلية 2014.

6- ريم محمود يوسف أبو فايد، **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي**، إشراف الدكتور عاطف عثمان الآغا، للحصول على درجة الماجستير في قسم علم النفس من كلية التربية في الجامعة الإسلامية، غزة 2010.

7- الزبيدي كامل علوان، سناء مجول، **بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (22)1997.

8- سامر جميل رضوان، **الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، 2002.

9- سمين زيد بهلول، **الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية**، أطروحة دكتوراه، الجامعة المستنصرية ، كلية الآداب 1997.

10- سيد صبحي، **الشباب وأزمة التعبير**، **الطبعة الأولى**، الدار المصرية اللبنانية القاهرة، 2002 .

11- شلالي فارس، "**دور سياسة التشغيل في معالجة مشكل البطالة في الجزائر خلال الفترة 2001- 2004**"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية إشراف الدكتور: محمد صالح، جامعة الجزائر 2004-2005.

12- صالح بن إبراهيم الصنيع، **أثر حفظ القرآن على الصحة النفسية**، دراسة ميدانية على حفاظ و حافظات القرآن الكريم، مجلة معهد الإمام الشاطبي للدراسات القرآنية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية الرياض، السعودية، العدد السادس، ذو الحجة1429هـ.

13- عبد العزيز بن عبد الله الأحمد، **الطريق إلى الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار الفضيلة، الرياض، السعودية، 1999.

14- عبد الله بن محمد الوابلي: **السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا، طبيعته وأساليب علاجه**، مركز البحوث التربوية، الرياض، د ط، 1993.

15- محمد دمان ذبيح، **الآليات الشرعية لعلاج مشكلة البطالة**، لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد الإسلامي، إشراف الأستاذ الدكتور: حسن رمضان فحلة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2007- 2008.

16- محمد سيد فهمي ،**إدارة الأزمة مع الشباب**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية 2011.

17- المختار محمد إبراهيم، **أسس تحليل البيانات في علم الاجتماع**، ط1، 2005.

18- معصومة سهيل المطيري، **الصحة النفسية، مفهومها، اضطراباتها**، الطبعة الأولى، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005.

19- ناجية دايلي، **الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق**، دراسة ميدانية بولاية سطيف، لنيل شهادة الماجستير، إشراف الأستاذ: معروف لمنور، جامعة سطيف 2، الجزائر، 2013.

20- هناء حسني محمد النابلسي، **دور الشباب الجامعي في العمل التطوعي والمشاركة السياسية**، مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن2010.

21- وفيق صفوت مختار، **أبناؤنا وصحتهم النفسية**، دار العلم و الثقافة، القاهرة 2001

22- يوسف ميخائيل أسعد، **الشباب والتوتر النفسي**، دار غريب للطباعة والنشر 2001.

23- Muchinshy, Psycology applid work an introduction to industriel and organization psycology ,mining project ,1983

ازدواجية الدور للأم المطلقة وتأثيره على صحتها النفسية

- دراسة نظرية وصفية-

د هدى سلام . قسم علم النفس

د. حنان تومي . قسم علم الاجتماع

جامعة محمد لمين دباغين سطيف -2-

ملخص:

عرف التغير القيمي في المجتمع الجزائري توترا واسعا وواضحا لما خلفه من مشكلات وتعقيدات في وقتنا الراهن، بتغيير الكثير من المفاهيم الاجتماعية الإنسانية التي ربما كانت مقدسة في أوقات غدت، كمفهوم الأسرة والزواج والمرأة والرجل والطفل وأهمية هذه المفاهيم في الحفاظ على كيان المجتمع من الانهيار، إلا أن ثقافة اليوم فرضت علينا مفاهيم دخيلة بعيدة كل البعد عن مقومات المجتمع المحلي، الأمر الذي ساهم في انتشار الكثير من الظواهر وبشكل رهيب من منطلق حرية التعبير عن الذات، ومثال ذلك الطلاق كظاهرة اجتماعية واسعة النطاق والتي باتت اليوم منتشرة في المجتمع الجزائري بشكل مخيف والتي تهدد كيان المجتمع ومؤسساته المختلفة، مخلفة وراءها ضحايا أهمها المرأة والأطفال، من حيث معاناة المرأة من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية بسبب الضغوط التي يخلفها الطلاق كصورة واضحة عن تدهور الصحة النفسية لها، ويحدث هذا خاصة مع تراجع مستوى العلاقات الإنسانية في الحياة النفسية والاجتماعية لهذه المطلقة، من هذه المنطلقات نحاول من خلال هذه المداخلة تسليط الضوء على جزء هام من واقع الصحة النفسية بالنسبة للأم المطلقة، والآثار المترتبة عن دورها المزدوج كأم وأب في قيادة أسرتها نحو الأمن والاستقرار والاستمرار.

مقدمـــة:

تعد الأسرة أساس المجتمع وركيزته الأساسية المسؤولة عن تنشئة الأجيال وإعدادها للقيام بأدوارها الاجتماعية كأعضاء فاعلين داخل المجتمع وهي من أهم الأنظمة الاجتماعية التي تدور حولها حياة الإنسان لما لها من أدوار ووظائف في شتى المجالات وربّما أساسها وأهمها التنشئة الاجتماعية، لهذا أكد علماء الاجتماع على الدور البالغ والمهم للوالدين في تنشئة أبنائهم تنشئة سليمة تنمى فيها شخصية الطفل وتطورها وتكسبها اتجاهات وقيما ايجابية.

وباعتبار الأم نواة الأسرة والفرد الأكثر أهمية خاصة من هذه الناحية (التنشئة الاجتماعية) لأنها عنصر جد هام في استمرار واستقرار أسرتها وذلك من خلال تأديتها للأدوار التي تحقق نوعا كافيا من التوازن النفسي الذي يساير نجاحها في قيادتها لأسرتها نحو الأمان والطمأنينة، يتأتى هذا عندما يكون داخل الوسط الأسري نوع من التوافق والتفاهم والتناغم في المعاملة وتبادل الأدوار، ومن أهم أنواع التوافق الجديرة بالذكر في هذا الصدد التوافق الزواجي واستقرار الحياة الزوجية، لأن هذه الأخيرة مصدر القوة النفسية التي تحتاجها المرأة لتتمتع بصحة نفسية سليمة رغم ما يثقل كاهلها من أعباء الحياة، فهي بمثابة دافع قوي يبعث بها نحو الأمام، هذا كله يعكس الجو العام الذي يسود الأسرة وهو في الكثير من الأحيان إن لم نقل غالبيتها المحرك الأساسي للسيرورة الناجحة للحياة المشتركة بين الزوجين وحتى بين باقي أفراد الأسرة، وبناء على ما تأسس من المفاهيم السابقة الذكر فإن أي تغير في حياة المرأة من شأنه أن يغير من مفهومها لذاتها ما يغير من أدوارها ويؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحتها النفسية، وحتى على الصحة النفسية لمن حولها خاصة أطفالها، ومن أهم التغيرات التي قد تواجهها المرأة هي تصدع العلاقة الزوجية بموت الزوج مثلا أو بالطلاق وخلاف ذلك، غير أنه بات اليوم الطلاق

من الأشكال الشائعة في الانحلال العائلي والتصدع الأسري، لتصبح به المرأة وحيدة اجتماعيا ونفسيا وهي مع الآخرين، وهي بهذا تواجه أصعب التحديات في استمرار حياتها خاصة إذا كانت ذات أطفال، الأمر الأكيد الذي ينعكس بشكل واضح على صحتها النفسية. هذا ما نحاول معالجته تحليليا في هذه المداخلة من خلال أطر نظرية نفسية واجتماعية.

أولا- الإشكالية:

إن الأسرة تعتبر أكبر من كونها مجرّد وسيلة لتحديد النسل وتربية الأبناء واعدادهم للقيام بدورهم في الحياة الاجتماعية، فهي كجماعة وظيفية تزود أعضائها بكثير من الاشباعات الأساسية كما لها أهمية كبرى في النمو الانفعالي للفرد و توفر له شعورا بالأمن الاقتصادي، إن هذه المقومات التي تتمتع بها الأسرة تساعدها على تأدية أدوارها على الشكل الذي رسمه لها المجتمع وهي تحتاج إلى عوامل وظروف تمهد لها القيام بمسؤولياتها دون أس خلل أو اضطراب[1]، وتعتبر الصحة النفسية عاملا هاما من عوامل استقرار واستمرار الحياة الأسرية لأنها تلعب دورا هاما في بناء وتشكيل شخصية أفرادها كبارا كانوا أم صغارا، من منطلق ما يسود هذه الحياة المشتركة من ظروف يعايشها كل فرد فيها بشكل دائم ومستمر، ويشكل الوالدان (الأب والأم) عمودا نجاح الأسرة وضمان الجو النفسي والاجتماعي السليم لباقي الأفراد، غير أن ما يحدث لأحدهما ينعكس على الجميع، لأن ذلك ما هو إلا نتاج لطبيعة العلاقات القائمة داخل الأسرة وخاصة العلاقة القائمة بين الزوجين، على اعتبار أن الرجل سكن ومستقر للزوجة والزوجة كذلك لزوجها، إذ لا يمكن أن يتمتع الرجل بصحة نفسية كاملة وسليمة دون تبادل في العطاء الاجتماعي

---

[1] حليلو نبيل: **الأسرة وعوامل نجاحها**، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، من الموقع: https://manifest.univ.ouargla.dz.

والوجداني، وكذلك هي الزوجة لا يمكن أن يستقر كيانها النفسي والاجتماعي والوجداني بعيدا عن زوجها، خاصة إذا كانت الحياة المشتركة بين الزوجين مثمرة بأطفال، الذين يمثلون رباطا وثيقا يشد العلاقة المشتركة بين الوالدين ويدعم الصحة النفسية لكليهما، أيضا يساعد وجود الأطفال الوالدين على المحافظة على الجو النفسي والاجتماعي المستقر الذي ما هو إلا انعكاس لطبيعة التفاعلات بينهما بشكل خاص، وهذا من شأنه كنوع من الضغوط أن يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة النفسية لأفراد الأسرة.

ويؤكد بهذا الصدد الباحث أندرسن (1956) أن البيت السعيد هو ذلك البيت الذي لا خصام فيه ولا نزاع، وهو الذي لا يتردد فيه الكلام اللاذع القاسي والنقد المرير، وهو البيت الذي يأوي إليه أفراد العائلة فيجدون فيه الراحة والهدوء والطمأنينة بسبب شيوع الاستقرار الذي يسود أفراد الأسرة.[1]

وفي هذا السياق يؤكد أيضا الباحثون الاجتماعيون على أهمية السعادة الأسرية في التماسك الأسري من خلال ضمان الاستقرار والقدرة على تحقيق المطالب، وسلامة العلاقة بين الوالدين وبينهما وبين الأبناء حيث تسود المحبة والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع، ويمتد التوافق الأسري ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب والقدرة على حل المشكلات الأسرية.[2]

إلا أن هذه الصفة أي البيت السعيد لا يمكن أن تسود جميع البيوت فكثيرة هي البيوت المتصدعة والمنكسرة عاطفيا واجتماعيا بسبب انحلال واختلال العلاقات الزوجية، إما بموت أحد الزوجين أو تخلي أحدهما عن دوره أو انعدام التوافق والتفاهم، وأهم شكل من أشكال التصدع والانشقاق العائلي

---

[1] نبيه إبراهيم اسماعيل: **عوامل الصحة النفسية السليمة**، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر ط1،2001، ص 202.

[2] عبد الحميد محمد شاذلي: **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 1999، ص 62.

وأكثرها شيوعا الطلاق، هذا الأخير الذي يخلق لدى أفراد الأسرة شعورا باللاأمن واللاطمأنينة، وعلى وجه خاص المرأة وأطفالها لأنها الطرف الأكثر تضررا في مثل هذه المواقف الحياتية، لأن الرجل وكما هو معروف عموما من السهل عليه أن يعيد حياته أيا كانت الأسباب أو النتائج، لكن المرأة على عكس من ذلك ليس هينا عليها أن تعيد بناءها النفسي والاجتماعي بما يحقق لها حياة جديدة كالتي كانت تعيشها سابقا، ربما لأنها لن تحظى فيها بالاستقرار والطمأنينة الكافيين بما يجنبها أو يعوضها عن التوتر والقلق والاضطراب الناتج عن الحدث الصدمي وهو الطلاق، الذي أفقدها متعة الحياة والاستمتاع بصحتها النفسية خاصة إذا كانت ذات أطفال.

لأنه مهما كانت المرأة قوية فإنها في هذه المواقف أكثر ضعفا، ويتفق هذا المعنى مع كثير من النساء المطلقات اللاتي يعايشن ظروفا صعبة نتيجة طلاقهن، لأن المطلقة تتدهور صحتها النفسية أولا من وضعها الاجتماعي الجديد على أنها مطلقة، وهذا ما تؤكده فتحية القاضي أن للطلاق آثار نفسية لدى بعض المطلقات خاصة اللواتي كان الطلاق دون ارادتهن فقد تشعر المطلقة بالإحباط والفشل وأنّها غير مرغوب فيها وهذا ما أكدته دراسة "جان بروسين 1985" والتي جاء فيها بأن المرأة المطلقة تواجه مشكلات نفسية وعاطفية مترتبة عن فقدانها زوجها، وقد تصاحب المشكلات النفسية مشكلات صحية وهذا يرجع لطبيعة الارتباط بين المرض النفسي والعضوي وبطبيعة المرأة وقوة تحملها[1]، لذلك فالكثير من النساء يفضلن أن ينتسبن إلى العانسات على انتسابهن للمطلقات، طبعا حسب قدرة كل امرأة في تقبل وضعيتها الجديدة كمطلقة.

---

[1] مختار غريب/ مصطفى عبد الله: **الإغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المرأة المطلقة**، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة الجلفة، ع1، جويلية 2016، ص 29.

ويزداد الأمر سوءا عندما تجد المرأة المطلقة نفسها مسؤولة عن رعاية أطفال، وعليها أن تضمن لهم الراحة والأمن والحياة الهادئة، وتلبي كل مطالبهم من مأكل وملبس ومشرب وحتى الاستقرار والاستمرار، أيا كانت درجة تحملها في ذلك، لأنها ستمارس دورا مزدوجا، وانطلاقا من هذه الفكرة تجد المرأة نفسها في صراع بين دورين الأول على أنها الأم مصدر الحنان والحب والعطف ومركز دائرة تحريك التفاعل بينها وبين أطفالها وبين أطفالها والمحيط، والثاني على أنها الأب البديل رمز القوة والتحكم في زمام الأمور ومصدر الشجاعة. والمرأة في مثل هذه المواقف تبالغ في عطائها ومن ثم تشعر بالتعب والإرهاق الجسدي والعقلي وتشعر بأن مصادرها العاطفية والشعورية تتقلص.

ولكونها امرأة مطلقة قد لا تملك من السلطة ما يمكنها من تغيير وضعها. كل هذه الأمور تساهم في مشكلات الصحة النفسية لديها، عندما تواجه لكونها مطلقة ولتعدد مسؤولياتها ضغوطاً كثيرة كل يوم، ولمدة طويلة، ما يولد عندها الإحساس بأن الضغوط تفوق طاقتها، وأنها ما عادت تحتمل التعايش معها. وقد تزداد المشكلة إذا كانت قد تعلمت أن تهتم بالآخرين أولاً (أطفالها) وتهمل حاجاتها الخاصة. ومع قلة تخصيص وقت لراحتها أو استمتاعها بكل ما هو مريح، قد تهمل علامات المرض أو الإجهاد أو القلق وغيرها من أعراض تدهور صحتها النفسية، خاصة إذا لم تجد من يقدر مجهودها وتضحيتها في تأدية هذا الدور المزدوج.

وتدعيما لهذه الفكرة تقول الباحثة الاجتماعية رشا شعبان "إن تقدير المرأة لذاتها يبدأ من الصغر ويكبر معها، ولا تستطيع المرأة أن تثمّن دورها وتقدر ذاتها إذا كان المجتمع لا يقدر فيها هذا الدور.[1]

---

[1] موقع الكتروني، تم الإطلاع عليه يوم 2018/03/01: http://hfa.mawared.org.

وإيمانا منا بهذه المضامين وتشابك المعطيات السابقة الذكر يسمح لنا بطرح التساؤلات التالية:

***ما هي المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة عن الدور المزدوج للأم المطلقة والتي تؤثر على صحتها النفسية؟**

***ما هي مؤشرات تدهور الصحة النفسية للأم المطلقة مزدوجة الدور؟**

ثانيا: أهمية الدراسة:

1- اعتبار المرأة عضو فاعل في المجتمع ومن الضروري الاهتمام بصحتها النفسية.

2- الإشادة والالتفات إلى الاسهامات الجبارة للمرأة في تحقيق الاستقرار والاستمرار في الوسط الأسري إن كانت مع زوجها وأبنائها أو كانت مطلقة.

3- ارتفاع نسبة الطلاق خاصة في السنوات الأخيرة وتأثير ذلك على الحياة النفسية والاجتماعية للمرأة.

4- رصد معاناة المرأة المطلقة في المحافظة على استمرارها واستقرار أطفالها كواقع نعايشه في المجتمع، ومن الجدير بالاهتمام في المقابل تسليط الضوء على مؤشرات تدهور صحتها النفسية.

5- النظرة السلبية للمرأة المطلقة واعتبار الطلاق وصمة عار على جبينها.

ثالثا: أهداف الدراسة:

1- تسليط الضوء على الدور المزدوج للمرأة المطلقة وتوضيح معاناتها في الاهتمام بنفسها ورعاية أطفالها.

2- تبيان أهم المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة عن ازدواجية الدور للمرأة المطلقة.
3- الوقوف على مؤشرات تدهور الصحة النفسية للمرأة المطلقة.

رابعا: مفاهيم الدراسة

1- مفهوم الصحة النفسية:

يشير فرويد في المنظور النفسي إلى أن الصحة النفسية هي "تحقيق التوافق بين أجهزة النفس الأنا والهُوَ والأنا الأعلى، وهي عملية تكيف الشخصية مع البيئة".[1] ويعرفها بعض علماء الصحة أنها: التوافق النفسي المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة حيث يستطيع الفرد الحصول على الاشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات. وهي "القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، والإسهام البناء في تغيير البيئة الاجتماعية والطبيعية، والقدرة على المتوازن والمتوافق للطاقات الذاتية".[2]

وتضع منظمة الصحة العالمية تعريفا للصحة النفسية (1948) مفاده: "أنها حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست الخلو من المرض والعاهة".[3]

وتعرف الصحة النفسية أيضا أنها "هي سلامة الفرد من المرض النفسي والعقلي في صوره المختلفة، وعدم ظهور الاضطرابات السلوكية الحادة في أفعاله

---

[1] موسى جبريل وآخرون، **التكيف ورعاية الصحة النفسية**، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات القاهرة، 2009، ص ص: 22- 23.

[2] مصطفى حجازي، **الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة**، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب، ط2، 2004، ص 27.

[3] أحمد عيد مطيع الشخابنة: **التكيف مع الضغوط النفسية دراسة ميدانية**، دار الحامد ، مصر، ط1، 2010، ص 24.

وتصرفاته" وهي" درجة أو مدى نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونزعاته المختلفة، وفي تحقيق التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة"[1]

من الملاحظ أن الصحة النفسية ليست مفهوما معزولا عن تأثير الظروف المحيطة بالفرد (نفسية أو اجتماعية)، بل هي مرتبطة كل ما يحيط بالفرد من أحداث ووقائع وتتفاعل مع تطورها وتتدهور بتدهورها.

2- مفهوم الطلاق:

هو فك العلاقة والرابطة الزوجية بعقد قانوني بين الزوجين مع احتفاظ كل واحد منهما بواجباته بعد الطلاق اتجاه الأطفال إن وجدوا.

الطلاق هو فقدان العلاقة العائلية وهو السبب في ظهور المشكلات لدى الأم والأطفال على شكل اضطرابات في الشخصية والنمو.[2]

أما التعريف السوسيولوجي للطلاق فهو مظهر من مظاهر التفكك الأسري الكلي وانهيار الوحدة الأسرية وكذا انحلال بناء الأدوار الاجتماعية المرتبطة بها والذي بموجبه تتصدّع الأسرة بشكل نهائي فينفصل الزوجين ويربى الطفل من قبل أحد الوالدين أي الطرف المتبقي معه ويحدث هذا نتيجة لتعاظم الخلافات بين الزوجين إلى درجة لا يمكن ادراكها.[3]

3- المرأة المطلقة:

---

[1] عطاالله فؤاد الخالدي/ دلال سعد الدين العلمي: **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق**، دار صفاء للنشر الطباعة، الأردن، ط1، 2009، ص13 .

[2] بلقاسم سلاطنية: **الطفولة في الجزائر نظرة استشرافية، مجلة مخبر المسألة التربوية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة**، أعمال ملتقى الطفولة لقسم علم النفس 14-15 نوفمبر 2006، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 3، أكتوبر 2008، ص 47 .

[3] مسعودة كسال: **مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986، ص 25.

هي المرأة التي انفصلت عن زوجها بفك رابطتها الزوجية معه عن طريق الطلاق. وفي هذه الدراسة نعني بالمرأة المطلقة تلك المرأة المنفصلة عن زوجها والحاضنة لأطفالها أي التي تخلى عنها زوجها بالطلاق وتخلى عن مسؤولياته اتجاه أطفاله بعد الطلاق.

4- ازدواجية الدور للأم المطلقة:

إننا نعني بازدواجية الدّور قيام الأم بدورين متزامنين هما دور الأب ودور الأم في الوقت ذاته، أو هي تلك المرأة التي تعاني صراع الدور وانشقاق المسؤولية إلى جزأين كامرأة ورجل في نفس الوقت هذا من الناحية السوسيولوجية.

كما نقصد بازدواجية الدور من الناحية النفسية المفهوم النفسي للمرأة عن ذاتها الناتج عن الصراع والاغتراب النفسي الذي تعيشه بعد فقدان أنوثتها لتقمصها دور الرجل، والبعد النفسي لهذا الدور في إدراك المرأة المطلقة للصورة الجديدة عن ذاتها كامرأة وفقدان التوازن في تحقيق التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي مع تقمص هذين الدورين.

خامسا: منطلقات الدراسة

أ- المنطلقات النظرية:

I- مظاهر الصحة النفسية: هناك عشرة مظاهر تشير إلى تمتع الفرد بصحة نفسية، وقد أجمع عليها مجموعة من المؤلفين والأخصائيين وتتلخص فيما يلي:

1. تكامل الدوافع النفسية: أي أن الشخصية تؤدي وظائفها بصورة متكاملة جسميا وعقليا وانفعاليا.
2. تقبل الفرد لذاته ولغيره وللعالم المحيط.
3. تحمل الفرد مسؤولية أعماله وأفكاره ومشاعره.
4. تقبل النقد دون الشعور بالألم أو النقص.

5. إدراك الدوافع والأهداف.
6. تقدير الحياة والشعور بالرضى للوجود فيها.
7. التعاون والمبادأة والإسهام في تحسين البيئة والخدمة والعطاء.
8. الاتزان الانفعالي بالسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بشكل يتناسب مع المواقف المختلفة، وعدم كبتها. وإخفائها أو الخجل منها أو المبالغة في إظهارها.
9. ثبات الانفعالات من خلال ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المشابهة والاستقرار الانفعالي نسبيا أي ثبات الاستجابة الانفعالية الإيجابية.
10. ثبات السلوك أي التمسك بالمبادئ ويعني الالتزام الواعي بالأفكار والأعمال التي يرتضيها الفرد والأساليب السلوكية الإيجابية.[1]
11. وهناك من المؤلفين من يضيف عدة مظاهر للصحة النفسية منها مثلا:
12. التناسق والتكامل بين ما هو موروث وما هو مكتسب يعني ذلك أن الصحة النفسية هي التعبير الحر والكامل عن الطاقات الموروثة والمكتسبة معا والشاملة لكل خصائص الفرد ووظائفه النفسية.
13. الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره من منطلق أن الإيمان بإرادة الله تزيل التوتر والخوف من المستقبل.[2]

II- نبذة عن تاريخ الاهتمام بالصحة النفسية للمرأة: طرحت الكثير من الأسئلة في دول العالم حول لجوء المرأة إلى العلاج النفسي مقارنة بالرجل، هل

---

[1] عطاالله فؤاد الخالدي/ دلال سعد الدين العلمي: مرجع سبق ذكره، ص ص 17-18.

[2] أمال عبد السميع مليجي باظة: **<u>الصحة النفسية و العلاج النفسي</u>**، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، ط2 2003، ص 23.

لأنها الأكثر عرضة لذلك أم أنها تأخذ مفهوما إيجابيا عن صحتها النفسية؟ أم أنها مضطهدة من الرجل؟

- هذه الأسئلة وغيرها دفعت الكلية الملكية للأطباء النفسيين بإنجلترا للاعتراف بما يشبه الفرع الخاص بالاضطرابات النفسية لدى المرأة وتشجيع مجموعة خاصة للقيام بالأبحاث اللازمة لهذا الشأن بداية من عام 1995، بعد ذلك خصصت المجلة الأمريكية للطب النفسي عددين كاملين عن علاقة المرأة بالطب النفسي سواء كانت المرأة معالجة نفسية أو مريضة نفسية.

- وعلى مستوى المؤتمرات تم عقد أول مؤتمر دولي عن"المرأة والصحة النفسية"في معهد الطب النفسي في انجلترا عام 1970 ومازال يعقد كل عام بداية من ذلك التاريخ، ويضاف إلى ذلك المؤتمر الدولي عن المرأة والذي عقد في بكين تحت رعاية الأمم المتحدة لمناقشة قضايا المرأة من جوانبها المختلفة وذلك بهدف تحسين نوعية حياة المرأة على الرغم من الانتقادات وعلامات الاستفهام حول هذا المؤتمر لانحيازه لوجهة النظر الغربية عامة والأمريكية بوجه خاص.

-وقبل كل ذلك هناك تراث عظيم في الأديان والحضارات المختلفة يهتم بتنظيم شئون المرأة في علاقتها بالرجل على وجه الخصوص وعلاقتها بالمجتمع والحياة بصفة عامة, ففي القرآن الكريم سورة كاملة من طوال السُّور عن النساء إضافة إلى الأحكام التفصيلية الواردة في القرآن والسنة مبينة مكانة المرأة ودورها وأثرها. ومع ذلك رأينا في عصور التدهور الحضاري نكوصا عن كل هذا ومحاولة قراءة النصوص وتفسيرها بما يتفق مع عادات وتقاليد المجتمعات وبعض التوجهات السياسية والاجتماعية.

III- الطلاق والمرأة المطلقة في الجزائر:

يعتبر الطلاق مشكلة اجتماعية وهو ظاهرة عامة في جميع المجتمعات وبنسب متفاوتة ويبدو أنه يزداد انتشارا في مجتمعنا الجزائري في الآونة الأخيرة. إن قضية الطلاق قضية لا تخص فرد معين أو محددة بل هي ظاهرة اجتماعية، تعم آثارها على المجتمع بأسره، ولقد أصبحت تهدد أمن واستقرار مجتمعنا لا سيما وأن نسبة كبيرة من حالات الطلاق تتم في السنوات الأولى للزواج وبعضها الآخر في السنة الأولى وأحيانا يتم الطلاق بعد عقد الزواج وقبل اتمام مراسيمه، وقد أظهرت احصاءات وزارة العدل ارتفاعا ملحوظا في أعداد حالات الطلاق بين الجزائريين[1]، وهذا ما أورده وزير العدل الجزائري عن الارتفاع القياسي لمعدلات الطلاق في الجزائر حيث ارتفعت من 57.000 حالة طلاق سنة 2015 إلى 63.000 حالة سنة 2016 لتستقر عند 68.000 حالة سنة 2014 والذي اعتبره بمثابة التهديد والزلزال الذي يهدد الأسرة الجزائرية.[2]

كانت في الجزائر عدة محاولات للحفاظ على المرأة المطلقة أهمها ما قامت به من تعديل في قانون الأسرة وعصرنة القوانين الخاصة بالمرأة، ومنحتها الدولة الكثير من الحقوق المدنية، أصبحت بفضل هذا الجزائر من الدول العربية الرائدة واحتلت المراتب الأولى عربيا في الاهتمام والتنديد بحقوق المرأة المطلقة، من خلال ما أقرته وسنته من إجراءات لمساعدة المرأة المطلقة على بناء نفسها واستقلاليتها ومحاولة علاجها نفسيا من صدمة الطلاق، حيث تم مؤخرا إقرار مشروع قانون يتمثل في إنشاء صندوق النفقة للمطلقات الحاضنات وأطفالهن لحمايتهن من الانحراف.

---

[1] حمزة بركات/حنان فنيش: **الآثار النفسية للطلاق من وجهة نظر المرأة المطلقة في المجتمع الجزائري** دراسة ميدانية استكشافية مقارنة، ولايتي باتنة و المسيلة، 2016، من الموقع: platform, almanhal.com.

[2] العالم العربي: 2018/01/04، من الموقع: https://arabic sputniknews.com ,.

تبقى هذه الاجراءات غير كافية وناقصة لأن الأم المطلقة حتى ولو وفرت لها الدولة كل ما يضمن أمنها وسلامتها، ستبقى تعاني من النظرة المتحجرة التي يحملها عنها المجتمع.

وأشار تقرير صادر من مراكز الإحصاء والتعبئة العربية إلى أن الجزائر تحتل المرتبة الخامسة 5عربيا من حيث عدد حالات الطلاق المسجلة في الساعة الواحدة حيث بلغت 6 حالات في الساعة الواحدة.[1]

IV- آثار ظاهرة الطلاق على المرأة:

أصبحت ظاهرة الطلاق من المشاكل الاجتماعية الخطيرة التي أفرزها التغير الاجتماعي السريع وما صاحبه من آثار سلبية أثرت على بناء وتركيبة الأسرة وكذا غياب ما يسمى بالضبط الاجتماعي وفقدان المعايير الاجتماعية وغياب الضمير الجمعي، وهو الأمر الذي أدي إلى ظهور قيم وعادات اجتماعية جديدة على حساب غياب عادات وقيم المجتمع الأصلية.[2]

وبهذا فقد يترك الطلاق آثارا واضحة على المرأة و يمكن تلخيصها فيما يلي:

- تعاني الزوجة من ضغط نفسي قوي بعد الانفصال، نتيجة ظروف الطلاق وخصوصا عند وجود أبناء حيث تتحول المطلقة لعائل وحيد، فضلا عن موقف اسرتها منها كامرأة مطلقة حيث تخضع في المجتمعات الشرقية لرقابة اجتماعية ظالمة، وبخاصة من والديها واخوتها وأقربائها، وتعاني المطلقة من نظرة المجتمع لها حيث يلقى اللوم عليها في فشل العلاقة الزوجية فتلاحقها النظرات المملوءة بالشك وتكون محاصرة من الرجال أو النساء اللواتي يخشين على

---

[1] عميرة أيسر : المرأة المطلقة في الجزائر، 2017/12/07، من الموقع: www.almayadeen.net.

[2] محمد بن عمارة/ سمية موساوي: **أثر ظاهرة الطلاق على جنوح الأحداث**، مجلة الساورة للدراسات الانسانية والاجتماعية، جامعة طاهري محمد، بشار، ع 4، مارس 2017، ص ص: 281-282.

أزواجهن منها[1]، أما آثار الطلاق من جانبها الاجتماعي/ النفسي من وجهة نظر الدكتور بن دريدي فوزي فإنها تصبح ذات أبعاد قصوى في الحالات التالية:

- **طول مدة الزواج.**
- **السن عند الطلاق:** كلما كان الطلاق أقرب لسن الأربعين كلما كان الضغط الاجتماعي- النفسي كبيرا.
- **ظروف الطلاق:** فالطلاق المفاجئ يؤثر سلبا على الزوجة، إضافة للطلاق الذي يتم بمبادرة الزوج ومعارضة الزوجة.
- **سن الأبناء عند الطلاق:** تتحول الأم المطلقة إلى عائل وحيد لرعاية الأبناء وهذا ما يضيف عليها ضغوطا كان الأب يتحمل جزءا منها أو كلها.
- **الحالة المادية والتعليمية للزوجة:** إذا كانت الزوجة تملك مالا كافيا وشهادة علمية أو مهنية فإن الضغوط تنقص عليها والعكس صحيح.
- **موقف الأسرة من الطلاق:** تصبح المرأة المطلقة تحت المراقبة الاجتماعية الدقيقة لكل تحركاتها وتصرفاتها، مما يولد لديها ضغطا آخرا ناجم من عدم ثقة الأهل والوسط الاجتماعي ككل لها.[2]

---

[1] حنان بن علي: **تأثير ظاهرة الطلاق على المجتمع الجزائري بالخصوص على الأم والأب والطفل**، مجلة الساورة للدراسات الانسانية والاجتماعية، جامعة طاهري محمد، بشار، ع 4، مارس 2017، ص 341.

[2] فوزي بن دريدي: **واقع وآثار الطلاق في العالم العربي، مركز أسبار للدراسات والبحوث والإعلام**، مارس 2016، من الموقع: asbar.com.

- كما تتعرض المرأة إلى مشاكل نفسية مثل العزلة نتيجة كلام الناس وضعف الثقة بالنفس والآخرين.[1]

أما بالنسبة للمشكلات المترتبة على الطلاق فهي كثيرة أهمها:

- صورة المرأة المطلقة في المجتمع ومعاناتها من النظرة السيئة.
- حرمانها من الأبناء في بعض الحالات.
- عدم توفر فرص زواج أخرى لها.
- إحساسها بالضعف.
- الضيق المادي إن لم تكن عاملة أو لها أسرة مقتدرة.[2]

ب – الإجابة على أسئلة الاشكالية: تقوم هذه الدراسة على إطار نظري تتم من خلاله الإجابة على أسئلة الاشكالية بتفسيرها ومناقشتها:

1*الإجابة على السؤال الأول من الاشكالية الذي مفاده: ما هي المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة عن الدور المزدوج للأم المطلقة والتي تؤثر على صحتها النفسية؟

يعتبر كل حدث من الأحداث الحياتية تغييرا لمجرى حياة الشخص النفسية والاجتماعية، لما يرافق هذا الحدث من تغيرات وتجعل له تأثيرا سلبيا على الصحة النفسية، كنتيجة للمشكلات التي ظهرت بصورة صادمة في حياة الشخص المعني بالحدث، والطلاق من الأحداث الصادمة جدا في حياة المرأة للمخلفات التي يتركها على مستوى كيانها الاجتماعي والنفسي، فعندما تكون المرأة بصحة جسدية ونفسية سليمة قبل الطلاق من شأنه أن ينعكس ذلك على أسرتها وأولادها والمقربين، وينعكس هذا أيضا في بناء علاقات مرضية

---

[1] إحسان محمد الحسن: **علم اجتماع المرأة – دراسة تحليلية عن دور المرأة في المجتمع المعاصر**، دار وائل، الأردن، ط1، 2008، ص 174.

[2] حنان بن علي: مرجع سبق ذكره، ص 342.

وصحيحة مع المحيطين. لكن في ظل التوتر والقلق والضغوطات التي تتعرض لها المرأة المطلقة خاصة بعد تغير مسار حياتها بالطلاق، ونؤكد بالذكر عند عودتها إلى بيت أهلها ما يخلق لها نوعا من الصراعات والنزاعات، فان هذا ينعكس على صحتها سلبا وبالتالي على إسهامها في حياة أسرتها ومجتمعها وتقديرها لذاتها.[1]

ومن أهم المشكلات التي تتعرض لها المرأة المطلقة في هذا السياق نجد:

- **فقدان المعتاد:** عندما ينتهي شيء ما بشكل غير متوقع ويترافق مع أزمة، فإن الجديد في الغالب غير مألوف، وغالبا ما يقود هذا إلى الشعور بالفشل والضياع والفراغ الداخلي[2]، والمرأة بطلاقها يمكن أن يحدث لها هذا الأمر الذي يعتبر انطلاقا لمعاناة لاحقة.
- **التعرض إلى المضايقات والكثير من الأمور المحرجة بسبب تساؤلات الكثير من حولها:** تتعرض المرأة المطلقة للكثير من التساؤلات حول أسباب طلاقها، مثل لماذا تطلقت؟ ما الذي أدى بك إلى هذا؟، فتجد المرأة نفسها محاطة بأسئلة مختلفة عن طلاقها ومطالبة بالإجابة عنها، ما يوقها في مشكلة التقوقع على الذات لأن الطلاق أمر مخجل بالنسبة لها ولهم.
- **تشوه صورة المطلقة:** تنظر المرأة المطلقة لنفسها نظرة مشوهة تستمدها من نظرة المجتمع إليها، وقليلا ما نجد مطلقة تنظر لنفسها نظرة اعتزاز وقوة، كانعكاس لعدم تقدير الرجل لها وتخليه عنها.[3]

---

[1] https://arabic.sputniknews.com/radio_guest/2017

[2] سامر جميل رضوان: **الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2002، ص 78.

[3] زينب مهدي: **مشاكل نفسية تواجه المرأة بعد الطلاق**، من الموقع: www.youm7.net.

- **كثرة الإشاعات حول المرأة المطلقة:** تعاني المرأة المطلقة كثيرا من الإشاعات ولفترة طويلة من إشاعات لا تتعدى أن تكون احتمالات وتأويلات وتعليقات تخالف الحقيقة.
- **الإدانة والاتهامات التهكمية على أخلاق وشرف المرأة المطلقة:** الكثير من المطلقات خاصة إذا كن عاملات يتلقين الكثير من الانتقادات على تصرفاتهن، والمطلقة عادة يدينها ويتهمها المجتمع في أخلاقها وشرفها، ودينها لمجرد أنها تطلقت وكأن هذا الطلاق خطؤها وحدها متناسين بذلك مساهمة الرجل في هذا القرار المشترك.
- **الوصاية التي يفرضها عليه أهلها:** يفرض الأب أو الأخ على المرأة المطلقة وصايته بتحديد إقامتها فلا تكون لها الفرصة في الخروج من قوقعتها، وما يزيد الأمر سوءا هو مراقبة تحركاتها، ويشعرها ذلك بأنها عار عليهم.[1]
- **الصورة التي تأخذها عن الرجل تتسبب في العزوف عن الزواج مرة أخرى:** المرأة المطلقة تعمم تجربتها على كل الرجال على أنهم لا مسؤولون ولا يقدرون المرأة وتحرم نفسها من العيش في كنف رجل آخر على أساس عدم الوقوع في الفخ مرة أخرى.[2]
- **اللجوء إلى الأدوية المهدئة والمنومات:** بعد الاضطرابات التي تعانيها المرأة بسبب الأرق وقلة الأكل الناتجة عن التعب النفسي تلجأ بعض المطلقات إلى تناول المنومات والمهدئات لتجاوز أزمتها.
- **تخلي الزوج المطلق عن النفقة لأطفاله:** بعد الطلاق كثير من الأزواج المطلقين يتخلون عن حقوق أطفالهم المادية، فتجد المرأة

---

[1] صفية الود غيري: **المرأة المطلقة و محكمة المجتمع**، من الموقع: almoslim.net.

[2] زينب مهدي: مرجع سبق ذكره.

المطلقة نفسها عبئا على أهلها في المصاريف التي لا تكفي لسد الحاجيات البسيطة من مأكل ومشرب وغيرها.

- **مشكلة القضاء:** كثيرا من المطلقات لا تنتهي حياتهن الزوجية بالطلاق بل تبقى المطلقة تتابع الزوج المطلق قضائيا للحصول على ورقة الطلاق والحصول على حقوقها وحقوق أطفالها.
- **مشكلة الدور المزدوج كأم وأب:** من خلال متابعتها لأولادها وتلبية حاجاتهم في البيت، ومتابعتهم في المجتمع ورعايتهم ومتابعة سلوكهم أي مع من يلعبون ومن يرافقون، أحوالهم في المدرسة وغيرها من المسؤوليات التي من المفروض أن يؤديها الأب.

2*الإجابة على السؤال الثاني من الاشكالية الذي مفاده: ما هي مؤشرات تدهور الصحة النفسية للأم المطلقة مزدوجة الدور؟

الطلاق أيا كانت أسبابه ما هو إلا حدث صدمي وتجربة قاسية تخوضها المرأة، وهي محنة اجتماعية ونفسية تثير كيانها الهادئ كأنثى وتقضي على حنانها ولطفها، ومن أهم مؤشرات تدهور الصحة النفسية لهذه المرأة ما يلي:

- **الأرق:** تبدأ المرأة المطلقة بالشعور بالأرق نتيجة الأثار التي يخلفها على حالتها النفسية والفكرية، فيتشتت ذهنها ويضطرب كيانها النفسي، لأنها في كل يوم وبعد قضاء يوم من العناء في الانشغال بالأطفال وأمورهم وأمور البيت، تحتاج لأن تنال نصيبها من الراحة الذي يتحقق عادة بالنوم، إلا أن المطلقة عندما تضع رأسها للنوم تبدأ الأفكار تتضارب في دماغها نتيجة إحساسها بالوحدة وخوفها من وضعيتها وخوفها على أطفالها، وخوفها من نظرة المجتمع إليها، أو تسترجع ذكريات مضت في حياتها قبل الطلاق، كل هذا من شأنه أن يزيد من عدم قدرتها على النوم.

- **فقدان الشهية:** عرض يصيب كثير من النساء المطلقات، وهو ناتج عن انخفاض هرمون السيروتونين المسؤول عن انتظام الشهية في الجسم، نتيجة للإحباط الذي تصاب به المطلقة بعد الانفصال.
- **الاكتئاب:** أي الحزن الشديد على تغير نمط الحياة بعد الطلاق، وعدم الاستقرار في النوم وتشعب المسؤوليات يزيد من التوتر العصبي للمرأة وهي الأعراض التي قد تؤدي إلى الوقوع في الكثير من والمشكلات والاضطرابات النفسية.
- **النشاط المفرط:** تحاول المرأة من خلاله أن تملأ الفراغ العاطفي في حياتها بانشغالها بتأدية أنشطة كثيرة، وقد تتحرك بإفراط بعد تغير نمط الحياة من الحياة المشتركة السلطة إلى حياة وحيدة السلطة، ما يولد لدى المطلقة نشاط زائد يصاحبه شعور بالتوتر والقلق.
- **الرغبة في الانطواء والوحدة:** تجد المطلقة نفسها بحاجة إلى أوقات طويلة للجلوس مع نفسها وهي بذلك تحاول إعادة النظر فيما يحدث لها بتحليل الوضع الذي آلت إليه، الأمر الذي يدفعها إلى الوحدة وعدم الرغبة في التفاعل مع الناس ومع من حولها حتى أطفالها، وهذا الشعور ما هو إلا نتيجة الاكتئاب الذي تعانيه المرأة المطلقة يوميا، وقد يكون نتيجة احساسها بأن من حولها مصدر لتشويش أفكارها واستقرارها الذهني.
- **ضعف مناعة الجسم:** باستمرار الضغوط النفسية التي تعانيها المرأة المطلقة، وكما قلنا قلة الأكل وقلة النوم إلى حد انعدامها

يؤدي إلى هزال المرأة وضعفها ما يقلل من مناعة جسمها ضد الأمر الذي يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.[1]

- **فقدان الثقة بالنفس:** تنظر المرأة المطلقة لنفسها بنظرة قاسية جدا، فصفة مطلقة تجعلها وكأنه ينقصها شيء ما، لأن المرأة تستمد ثقتها بنفسها من تقدير الرجل لأنوثتها والطلاق يخدش أنوثتها وقد تتلاشى روح الأنثى في نفسها لأنها تواجه مسؤوليات وتحديات تأخذ فيها دور الرجل أكثر منه أنثى.[2]
- **القلق:** يشكل القلق أولا لأحاسيس المصاحبة للاكتئاب، خاصة معاناة المطلقات من المشاعر النفسية السلبية المسيطرة والتي يصعب التخلص منها نوبات الخوف والرعب، والأفكار الوسواسية والذكريات المؤلمة التي لا يمكن التحكم فيها وتتطور إلى كوابيس وأيضا يصاحب القلق أعراض جسمية مثل زيادة ضربات القلب والاحساس بالتنميل والشد العضلي، وهذه الأعراض يمكن أن تتفاقم لتصبح مرضية.[3]
- **شراهة الأكل:** من المطلقات من تعاني برغبة متزايدة في الأكل، كرد فعل لتفريغ القلق الذي ينتابها وكل الشحنات السالبة للقلق يتم تفريغها في الأكل ما يؤدي إلى السمنة واضطرابات الصحة الجسمية والنفسية.
- **الشراسة في المعاملة والعنف:** الكثير من المطلقات يتحولن بعد طلاقهن إلى نساء عنيفات شرسات بعدما كن يتميزن بالحنان

---

[1] غادة إبراهيم، http//www.almrsal.com.

[2] زينب مهدي: مرجع سبق ذكره.

[3] بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2008، ص 343.

والعطف، والتعامل برقة، نجدهم لا يتحملون أحدا ويحتملون أنفسهم حتى في مواقف كثيرة كتفريغ طاقة غضبهم من الطلاق في الأطفال بشتمهم باستمرار أو بضربهم، وتصف المطلقة أولادها عادة على يشبهون الأب في سلوكياتهم ما يزيد العلاقات انحطاطا بينهم، هذا ما يؤثر بشكل واضح في سلوكيات الأطفال فيما بعد.

- **الحساسية المفرطة من الأمور:** تصبح المرأة المطلقة أكثر تأثرا واستجابة لأبسط الأمور، ولا تتحكم في انفعالها فتبكي من أتفه الأمور وتتعصب وتصرخ دون سبب، لأن الطلاق يعبر على أنها رفض لها.

تحليل ومناقشة تساؤلات الإشكالية:

من المعروف أن أي فرد بنيته الشخصية ما هي إلا دينامية داخلية تنظم السلوك والانفعالات والأفكار، بما يتناسب مع الظروف المحيطة والمتغيرة باستمرار،[1] هذا التنظيم يتم من خلال كينونة ثلاثية الأبعاد مكونة من أجهزة هامة تتفاعل بينها لتنظم الصحة النفسية للفرد، هذا ما يحدث للمرأة المطلقة من خلال تفاعل الظروف الاجتماعية التي تعايشها بسبب طلاقها فتؤثر على جهازها المناعي والهرموني كزيادة هرمونات القلق وهرمونات تنظيم الشهية كهرمون السيروتونين ونقص هرمون السعادة الفينيليتيلامين، الأمر الذي يؤدي إلى تدهور الجهاز النفسي، لأن المطلقة تحيا في وضع ديناميكي ثلاثي التأثير بالتفاعل المستمر بين ما يحدث في حياتها الاجتماعية والنفسية والجسمية والتي يظهر تأثيرها على شكل

---

[1] محمد عودة الريماوي: **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، عمان، ط1، 2003، ص 170.

مظاهر تدهور الصحة النفسية من خلال أعراض سوسيو سيكوباتية أي سوسيولوجية المنشأ سيكولوجية التأثير وجسمية الأعراض.

– إن المرأة المطلقة تعاني من الطلاق ثم تعاني من نظرة المجتمع لها على أنها فاشلة ثم تعاني من شكوكه فيها على أنها أكثر قابلية للغواية ثم تعاني من حرمانها من إشباع حاجاتها العاطفية والأسرية، ثم تعاني مسؤولية العناية بالأبناء إن تركهم لها الزوج (أو تعاني من الحرمان منهم) حين يأخذهم زوجها. لا توجد في مجتمعاتنا وسائل مساعدة للمرأة المطلقة غير ما يجود به أهلها من الطعام والشراب والمأوى ونظرات الشفقة. والوصمة التي يلحقها المجتمع بالمطلقة تجعل زواجها ثانية أقرب إلى المستحيل. كل هذه الأمور تحتاج إلى الكثير من المراجعات والرؤية الإيجابية للمطلقة وإزالة الوصمة عنها، فينسى الجميع احتياجاتها ويعتقدون أنها قد ماتت أو على الأقل ماتت مشاعرها واحتياجاتها منذ طلاقها، لذلك تعاني حرمانا عاطفيا في حياتها إضافة إلى حرمانها الاقتصادي والاجتماعي هي وأولادها ويصبح من العار عليها أن تفكر في نفسها أو في احتياجاتها في مثل هذه الظروف. ولذلك نحتاج كمجتمع أن نعيد النظر في موقفنا من المطلقة وموقفها من الحياة.

– كثيرا ما تقع المرأة المطلقة فريسة للاكتئاب أو القلق أو كليهما دون أن يدري بها أحد على اعتبار أن حزنها يبدو منطقيا، ولكن الأمر في هذه الحالات يتجاوز حدود الحزن المعتاد إلى الاكتئاب المرضي الذي يحتاج بالضرورة إلى تدخل الطب النفسي.

– المرأة المطلقة تعاني الوحدة والفراغ وتقاسي من صعوبة تربية الأبناء والسيطرة عليهم, ولهذا تجد نفسها تفقد أنوثتها شيئا فشيئا وتكبت احتياجاتها العاطفية، وتكتسب صفات الذكورة كي تستطيع السيطرة

على حياتها وعلى أبنائها وعلى نفسها، وإن لم تفعل ذلك ربما أفلتت منها زمام أولادها أو زمام نفسها ووقعت في المحظور. ونحن هنا لا نتكلم عن حالات محدودة بل نتكلم عن ملايين تركهن أزواجهن ربما بعد الزواج بشهور قليلة ولا يرون أولادهم إلا مرة واحدة كل عام أو عامين ولا يربط بين المطلقين بعد الطلاق غير الأطفال. وحين يقرر المطلق أن يعود للاهتمام بأولاده يجد نفسه غريبا عنهم وتجد المرأة نفسها غير قادرة على تغيير برنامج حياتها وحياة أبنائها فيزداد انهيارها.

سابعا: الاستنتاج العام:

سمحت لنا هذه الدراسة التحليلية المتواضعة لوضع المرأة المطلقة ذات الأطفال والتي تؤدي دورا مزدوجا في الأسرة أي تلك الأم والأب في نفس الوقت أن نستنتج ما يلي:

- أنه من الضروري قبل الاهتمام بالأسرة كجماعة الاهتمام بالأفراد أعضاء هذه الجماعة، وتضم هذه النظرة التزام حق وواجب الجماعة اتجاه بعضهم البعض، وإذا كان الأب هو الوحيد المسئول ماديا على نفقات هذه الأسرة فهو مسؤول قانونيا على أن يقدم الدعم لها خاصة في حالة الطلاق لأنه الموقف الذي يكون فيه أكثر حاجة لهذا الدعم.
- لا تستمر الأسرة في التماسك عندما تكون المرأة مطلقة وتعول أطفالا، وهذا يعني أن تماسك الأسرة يرتبط بإعالة الوالدين لأبنائهم وضرورة استمرار العلاقة القائمة بين الأب وأطفاله لضمان أكبر قدر من الصحة النفسية لهممن جهة، ويخفف من عبء المرأة المطلقة في المسؤولية الأمر الذي يمكن نوعا أن يحسن من صحتها النفسية.
- المرأة المطلقة ذات الأطفال بدورها المزدوج في الأسرة، هذا الأخير

الذي يؤثر سلبا عليها لأنه يفقدها الهيكل المستقر والمتماسك ويخلق توترا وإجهادا لها ولأعضاء الأسرة في مواجهة الهياكل والقيم المجتمعية الكبرى ومن هنا تواجه المرأة المطلقة تحديات كبرى منها:

– تقمص السلطة الأبوية : كان الأب من أول العصور هو الرئيس وكانت الأم والأطفال هم الخاضعون، وكان لهذه السلطة ما يؤيدها من الأديان المسيحية واليهودية والإسلام ولكن هناك انحدار ملحوظ في طبيعة وسلطة الأب في السنوات الأخيرة، فإن هناك تحديا لسلطة وقيمة إلا بعد الطلاق فتصبح المرأة ذلك الكائن اللطيف المرهف في الأحاسيس رجلا ويمار دور الأب لضبط الأسرة وتلبية حاجيات أفرادها إضافة إلى دورها كأم.

– فقدان الانتساب: المرأة تفقد عضويتا في الأسرة كعضو له حقوق وتصبح مصدر العطاء فقط خاصة إن عادت إلى أهلها وهي ترعى أطفال.

– الطلاق يقضي على مصدر هام للعاطفة والدفء والحب: حقيقة في الأزمنة الحديثة بوجه خاص لم تعد تعتبر المرأة المطلقة ملاذا أو ملجأ للحب سواء من أطفاله أو أهلها أو أقاربها أو أصدقائها من المجتمع الأكبر، فالمرأة المطلقة يتزايد إدراكها على أنها لم تعد مصدرا للتنشئة والحب والعاطفة بعد أن تلتحق بها صفة الطلاق، على الرغم من أنه يعتقد كثير من علماء الاجتماع أن هذه هي الوظيفة الهامة الباقية للمرأة أيا كانت صفتها، وإذا أدت هذه الوظيفة جيدا فهي بذلك تبرر وجودها.

خـاتمة:

تعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية الأهم، وهي الحضن للأطفال والسكن للزوج والملاذ الآمن والغطاء الواقي والحضن الدافئ للجميع، وفي قلب هذا الكيان الدافئ الحنون نجد المرأة، تلك الأم التي هي مركز الدائرة الحنونة والراعية وبدونها لا تكون هناك أسرة، وبغيابها تغيب مصطلحات الحب والحنان والدفء والرعاية، ولذلك إذا حدث اضطراب نفسي لأي فرد من أفراد الأسرة فإن المرأة تتحمل العبء الأكبر وتشكل الخط الأول والأساسي للرعاية والاحتواء كوعكة الشيخوخة لدى الزوج، والإدمان لدى الابن، أو الانحراف السلوكي لدى البنت، لكن الكارثة الأكبر تقع حين تتزلزل هذه الأم ويتصدع بنيانها بسبب الطلاق لتتجرد من أنوثتها وحنانها وعطفها ومن كل شخصيتها، فتصبح منتهى للأمراض والمشاكل النفسية والاجتماعية التي ذكرنا أهمها سابقا، ومع تدهور الصحة النفسية للمطلقة قد تكون عرضة لأن تصاب بمرض نفسي، وفي غياب الأب عن أطفاله في الأسرة بعد الطلاق، تهتز المرأة المطلقة ويصبح البنيان الأسري بأكمله معرضا للتناثر حيث إن القوة الضامة الرابطة ممثلة في الأم قد اهتزت. فكيف نتخيل حال الأسرة وقد أصيبت الأم بتدهور في صحتها النفسية واضطربت بصيرتها واختل حكمها على الأمور وتشوه إدراكها، كيف وهى في هذه الحالة تقوم بإدارة بيتها ورعاية أطفالها؟. أو كيف نتخيل حال الأسرة وقد أصيبت الأم بالاكتئاب الذي يجعلها عاجزة عن فعل أي شيء لنفسها فضلا عن غيرها، ويجعلها كارهة كل شيء حتى نفسها وأطفالها وأهلها بعد أن كانت هي منبع الحب والحنان. ولذلك فإصابة الأم المطلقة بالمرض النفسي؛ يعتبر بكل المقاييس كارثة متعددة الأبعاد تستدعي رعايتها في المقام الأول وبسرعة وفاعلية مع رعاية أطفالها.

التوصيات والاقتراحات: مكنتنا هذه الدراسة المتواضعة أن نقترح ما يلي:

- ✓ توعية المقبلين على الزواج قبل الشروع في الاقتران أنه مشروع مقدس شرعا والتزام قانونا، وأنه حياة مشتركة في الاتجاهات وتبادل الأدوار رغم اختلاف وجهات النظر بين الشريكين، ومن الضرورة بمكان النظر إلى هذه الحياة المشتركة بعين المسؤولية.
- ✓ الاهتمام أكثر بالصحة النفسية للمرأة المطلقة من خلال حمايتها ومعاملتها على أنها واحد منا وليست وحدها، ونمنحها الأمل لتبدأ حياة جديدة دون عقد من الطلاق.
- ✓ احتواء المرأة المطلقة من طرف أهلها وأقاربها وعدم تخليهم عنها وعدم إدانتها على أنها عديمة المسؤولية الزوجية، وأنها المخطئة بطلاقها يزيد من عزيمتها في تحمل مسؤوليتها.
- ✓ التوعية المستمرة حول نتائج الطلاق وعواقبه على المرأة والأطفال والمجتمع من ندوات علمية أو ملتقيات علمية تحسيسية بخطورة الوضع من شأنه أن يغير من ثقافة المرأة والرجل في اتخاذ مثل هذه القرارات المصيرية.
- ✓ تجاوز التقصير الذي يحدث في حق رعاية النساء المطلقات في مجال الصحة النفسية لأن رعاية المطلقة ليس ماديا فقط، بل هي في حاجة إلى دعم نفسي أكثر منه مادي.
- ✓ ويجب على المجتمع أن يتحمل المسؤولية تجاه صحة المرأة النفسية من أجل إنشاء أجيال سليمة التربية صحيحة التفكير تقدر الأسرة والفرد والمجتمع. وعلى الدول أن تسن القوانين التي تحمي المرأة وتهيء لها التربة الخصبة للعب دورها كأم وزوجة وعضو فعال في المجتمع عازبة أو متزوجة كانت وخاصة إذا كانت مطلقة حاضنة لأطفال.

❁❁❁

قائمة المراجع:

1) إحسان محمد الحسن: علم اجتماع المرأة – دراسة تحليلية عن دور المرأة في المجتمع المعاصر، دار وائل، الأردن، ط1، 2008.

2) أحمد عيد مطيع الشخابنة: التكيف مع الضغوط النفسية دراسة ميدانية دار الحامد، مصر، ط1، 2010.

3) أمال عبد السميع مليجي باظة: الصحة النفسية والعلاج النفسي، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، ط2، 2003.

4) بطرس حافظ بطرس: المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2008.

5) بلقاسم سلاطنية: الطفولة في الجزائر نظرة استشرافية، مجلة مخبر المسألة التربوية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة، أعمال ملتقى الطفولة لقسم علم النفس 14-15 نوفمبر 2006، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 3، أكتوبر 2008.

6) عبد الحميد محمد شاذلي: الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 1999 .

7) مسعودة كسال: مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.

8) مصطفى حجازي، الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب، ط2، 2004.

9) نبيه إبراهيم اسماعيل: عوامل الصحة النفسية السليمة، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، ط1،2001.

10) حنان بن علي: تأثير ظاهرة الطلاق على المجتمع الجزائري بالخصوص على الأم و الأب و الطفل، مجلة الساورة للدراسات الانسانية والاجتماعية جامعة طاهري محمد، بشار، ع 4، مارس 2017.

11) سامر جميل رضوان: الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2002.

12) عطاالله فؤاد الخالدي/ دلال سعد الدين العلمي: الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، دار صفاء للنشر الطباعة، الأردن، ط1، 2009.
13) محمد بن عمارة/ سمية موساوي: أثر ظاهرة الطلاق على جنوح الأحداث، مجلة الساورة للدراسات الانسانية والاجتماعية، جامعة طاهري محمد بشار، ع 4، مارس 2017.
14) محمد عودة الريماوي: علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2003.
15) مختار غريب/ مصطفى عبد الله: الإغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المرأة المطلقة، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة الجلفة، ع1، جويلية 2016.
16) موسى جبريل وآخرون، التكيف ورعاية الصحة النفسية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، 2009.

المواقع الإلكترونية:

1. http//www.almrsal.com.
2. asbar.com.
3. almoslim.net.
4. https://arabi, sputniknews.com
5. www.youm7.net.
6. Platform, almanhal.com.
7. http://hfa.mawared.org
8. https://manifest.univ.ouargla.dz
9. adio_guest/2017

طب العمل في الجزائر بين الأهمية والواقع

روفية زارزي،
طالبة دكتوراه، موظفة بمصلحة طب العمل سابقا
تخصص: علم اجتماع الصحة والمرض
جامعة باجي مختار – عنابة

مقدمة:

تعد الصحة حق لكل فرد كما أنها مقياس تقدم الدول ومؤشر قوي لمجد الحضارات، لذلك يظهر الاهتمام بهذا القطاع من خلال السعي إلى وضع سياسات ناجعة لتطوير هذا المجال في إطار السياسات التنموية الشاملة من أجل تحقيق التطور، وبالتالي توفير الرفاهية للفرد والمجتمع، وتعتبر السياسة الصحية جزء لا يتجزأ من السياسات الشاملة، لذلك حرصت الدول على الاهتمام بتطوير السياسات الصحية وترقيتها حتى توصلت إلى وضع سياسات صحية خاصة موجهة خصيصا إلى فئة معينة من المجتمع، حيث ربطت هذه السياسة بين الصحة والمهنة في إطار **طب العمل** باعتبار العمال يشكلون فئة هامة من المجتمع لذلك قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتسطير برامج وأهداف لهذه الهيئة في إطار حماية العامل في مكان عمله وللإحاطة بهذا الموضوع يجب الخوض في تاريخية ظهور هذا التخصص قبل الوقوف على مختلف النشاطات التي تمثل دور طب العمل في الوسط المهني.

1- تحديد المفاهيم:

أولا:- الصحة:

- **لغة:** الصحة في اللغة مشتقة من الفعل صحّ أي برئ وسلم من كل عيب[1]

- **اصطلاحا:** الصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان، ولقد تطور بشكل ملحوظ مع تقدم المجتمعات البشرية، فقد كان مفهوم الصحة عند الإغريق يتجه أساسا نحو الصحة الشخصية بمعنى اهتمام الفرد بتغذيته ونظافته، وتطور هذا المفهوم ليعني باللغة الإنجليزية (HEALTH) حيث أن هذا المصطلح أشمل وأوسع مفهوما من كلمة (HYGIENE) والتي تعني مفهوم الصحة الشخصية.[2]

وفي مجتمعنا المعاصر أصبحت الصحة تحتل مكانة كبيرة ومتزايدة، فلم يعد مفهوم الصحة يعني إصابة الجسم بالمرض، بل أصبحت الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة هي أحد أهداف المنظومة الصحية العالمية فتعريف الصحة بأنها" غياب المرض "اعتُبِر من قبل علماء الاجتماع تعريفا قاصرا ويظهر ذلك بجلاء في الأمراض المزمنة والأمراض العقلية، ومع تعقُّد الحياة المعاصرة ازداد الاهتمام بموضوع الصحة في شتى مجالات الحياة محيط العمل الأسرة ...إلخ.

لقد جرت محاولات عديدة من قِبل العلماء والخبراء والاختصاصيين حول تعريف الصحة وما المقصود منها، فترى **منظمة الصحة العالمية** بأن الصحة

1**المنجد في اللغة العربية والإعلام**، ط40، دار المشرق، بيروت، 2003، ص416.

2 تالا قشيطات وآخرون: **مبادئ في الصحة والسلامة العامة وصحة المجتمع، الأبعاد الاجتماعية والثقافية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص17

هي: "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست خلو الفرد من المرض أو العجز"[1]

لقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة، ومن أشهر هذه التعريفات نذكر:

- تعريف بركنز (PERKINS) : يعرّف الصحة أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيّف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيّف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه."[2]

- تعريف وينسلو (Charles-Edward Amory Winslow):

فقد عرّفها على أنها: " علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها." [3]

يؤكد هذا التعريف ارتباط الجوانب الجسمية، النفسية، العقلية والاجتماعية في الإنسان وأن المرض أو الألم ليس فقط الدليل الوحيد على عدم الصحة، وإنما يجب أن يكون هناك تكامل سليم بين مكونات شخصية الإنسان وهي الحالة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والدليل على هذا التكامل هو أداء الإنسان لأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل صورة.

وتتكون الصحة من:

- **الصحة البدنية:** تتمثل في " التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية" [1]

1غسان أحمد مقداد عثمان: **دور مديري المدارس الأساسية في تحقيق أهداف الصحة المدرسية كما يراه مديرو المدارس والمشرفون الصحيون في المدارس الأساسية في محافظة" أربد**"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية وأصول التربية، قسم الإدارة، جامعة اليرموك، الأردن،1995، ص 6

2عبد المحي محمود صالح: **الصحة العامة وصحة المجتمع، الأبعاد الاجتماعية والثقافية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص 17.

3 تالا قشيطات وآخرون: مرجع سابق، ص 15

وهي أن تؤدي جميع أعضاء جسم الإنسان وظائفها بصورة طبيعية وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلاّ إذا كانت أعضاء الجسم سليمة[2]

- **الصحة النفسية:** وتتمثل في مدى تكيّف الفرد كوحدة من وحدات المجتمع وبين المجتمع الذي يعيش فيه، أي قدرته على التكيّف مع البيئة الخارجية[3] وكذا أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه وأن يكون قادرا على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية والإنسان الذي لا يستطيع أن يعيش بسلام مع نفسه لا يمكن وصفه بأنه يتمتع بالصحة[4]

- **الصحة العقلية:** وهي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها كما أنها تعنى بمدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر والتفكير.[5]

- **الصحة الاجتماعية:** وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة من مسكن وغذاء صحي ولذلك فان عدم القدرة على التعامل مع الآخرين هو مرض ينبغي علاجه.

وتعرّف الصحة أيضا من ناحية شدّتها على أنها تدرج قياس، أحد طرفيه الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة، وعلى ذلك تكون درجات الصحة

كما يوضحها المتصل التالي[1]

---

[1] أميرة منصور يوسف علي: **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ص 134.

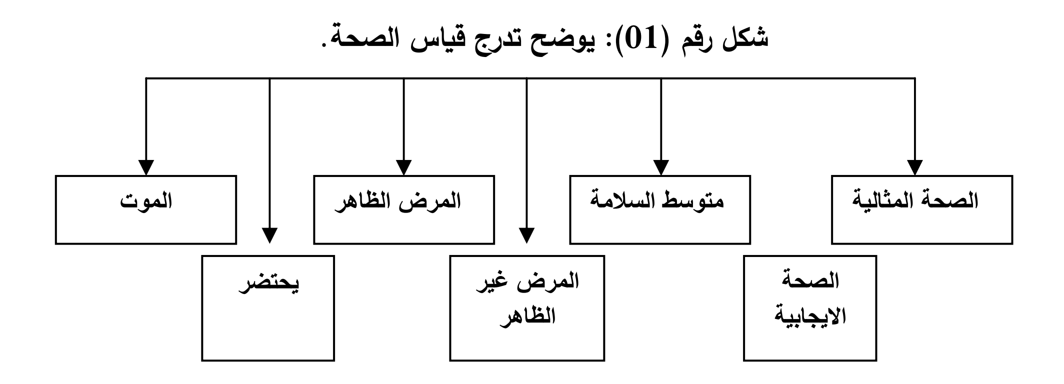
2 نادية محمد السيد عمر: **علم الاجتماع الطبي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 370.

[3] أميرة منصور يوسف: مرجع سابق، ص 18.

4 نادية محمد السيد عمر: مرجع سابق ، ص 370.

[5] أميرة منصور يوسف: مرجع سبق ذكره، ص 23.

شكل رقم (01): يوضح تدرج قياس الصحة.



تصميم: أميرة منصور يوسف علي

ثانيا–الوسط المهني:

تطوّر مفهوم المهنة بشكلٍ كبيرٍ مع التطوّر التكنولوجي الذي شهده العالم في القرون الأخيرة، إذ أنّه وفي حين كانت المهن تقتصر في أوروبا خلال العصور الوسطى على بعض المهن كالحقوق والطب والدراسات الدينية، أصبح مفهوم المهنة في مجتمعنا الحالي أوسع انتشاراً؛ فأصبحت مُعظم الوظائف بحاجةٍ إلى دراسة مسبقة من أجل العمل بها، وتمتلك كل مهنة الجمعيات الخاصة بها أيضاً.

ثالثا– طب العمل:

"هو الطب الذي يهتم بالعامل الأجير أو الموظف في مكان عمله ويشمل الناحية الصحية، العملية الإنتاجية وخصوصا الوقاية منها، إذن هو طب وقائي بامتياز" (2)

---

[1] نفس المرجع، ص19.

2 قانون 05/85 المؤرخ في 26 جمادي الأول عام 1405 الموافق لـ 16 فبراير 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم.

2– أميرة منصور يوسف علي: مرجع سابق، ص 135.

بالإضافة إلى السنوات السبعة في تكوين الطب العام، فإن اختصاص طب العمل يتطلب 04 سنوات أخرى في الاختصاص [1].

2- تاريخية طب العمل في العالم:

يعتبر طب العمل حدث مهم في تاريخ ترقية الصحة الإجمالية في السلم العالمي، والحصيلة للتجمع العالمي الثلاثون للصحة في مارس من سنة 1977، حينما تأكد بأن الهدف الأساسي للحكومات والمنظمة العالمية للصحة في السنوات المقبلة، ستكون بضمان حالة صحية تسمح للأفراد بالتمتع بحياة اجتماعية واقتصادية منتجة، هذه الخطوة تبعها تصريح حول العناية بالصحة الأساسية الأولية للتجمع العام للأمم المتحدة في شهر نوفمبر 1979 يطلب من خلاله من الولايات المتحدة الأمريكية بتكثيف
مجهودات المنظمة العالمية للصحة للوصول إلى تلك الأهداف، وكذلك تكوين إستراتيجية للوصول إلى شعار الصحة للجميع في عام 2000[2]

وتجدر الإشارة إلى أن التوصل إلى مستوى معين ومقبول من الصحة في أي دولة، يمكنها من الوصول بنجاح إلى التطور السوسيو اقتصادي العام وبالتالي الحصول على المصادر المادية للطاقة الاجتماعية اللازمة لترقية التطور في مجال الصحة في البلد، وهكذا أصبحت حماية صحة العمال من المخاطر في محيط العمل مهمة جدا في سياسة الدولة من أجل تحقيق التطور الاجتماعي والاقتصادي على السواء لهذا فإن دور طب العمل الذي سطرته منظمة الصحة العالمية في إطار الطب المهني في سنة 1950، وضعت له قواعد من أجل تطويره، وحددت مهام طب العمل اتجاه العمال كالتالي:

---

[2] - Ministre de la sante publique. **Guide à l'usage des Médecins du travail charges des activités de médecine du travail** .p11.

- الحفاظ على مستوى عال من الراحة الجسدية والمعنوية، والاجتماعية للعمال في جميع المهن والوقاية من أي أخطار قد تصيب العمال في أماكن شغلهم كذلك حمايتهم من الأخطار الناتجة عن وجود مواد قد تؤذيهم، وتكييف العمل المناسب للعامل المناسب والعكس، هذا التصور يتعدى مفهوم طب العمل الوقائي إلى مفهوم وتصور أوسع للصحة من علاقتها بالعامل.

كما أن دور الطبيب الذي كان يقتصر على الفحوصات الطبية والإسعافات الأولية أصبح أوسع، ليشمل تقريبا كل ما يخص العامل من بعيد أو قريب، مثل الترتيبات التي أدت إلى ظهور الضمان الاجتماعي وذلك في 4 أكتوبر ثم في 11 أكتوبر من سنة 1946، تم رسميا تقرير إقامة الطب المهني[1]

3- تاريخية طب العمل في الجزائر:

إن عملية تنظيم طب العمل في المؤسسات الجزائرية، وحتى سنة 1971 كانت مقتصرة على بعض الميادين فقط نذكر منها:

- قطاع البناء والأشغال العمومية في ناحية الجزائر العاصمة وبعض مناطق الجنوب فقط..
- البنوك ومجال الضمان الاجتماعي.
- بعض المؤسسات المهمة في قسنطينة.
- بعض المؤسسات الكبرى والمهمة في الجزائر العاصمة.

وللإشارة فإن الممارسين لهذه العملية معظمهم كانوا أطباء عامون وليسوا أطباء عمل.

أما ابتداء من مارس1971، فقد وضعت هذه التنظيمات تحت التبعية والوصاية الرسمية لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وتمت هيكلتهم على أساس

1- المرجع نفسه، ص 12.

قواعد جديدة ابتداء من شهر جويلية من نفس السنة، بعد خلق الهيئة الوطنية وما بين الشركات بطب العمل (ONIMET) والتي كانت الهيئة الأولى لطب العمل الموضوعة تحت وصاية وزارة العمل، وسرعان ما ضمت مؤسسات جديدة إلى برامجها مثل قطاع الكهرباء والغاز، السكة الحديدية، المناجم..
ابتداء من سنة 1974 تم خلق مراكز صحية اجتماعية(C.M.S) في الشركات والمؤسسات الاقتصادية، هذه المراكز على بساطتها كانت مكلفة بمزاولة نشاطات طب العمل، ولكن للأسف لم تقم بأداء الأدوار التي خلقت من أجلها فغيرت مسارها، وأصبحت مراكز أهدافها شفائية بحتة أما المهام الرئيسية لطب العمل فأصبحت في مراتب أخيرة.

أما في سنة 1979، فقد أصبحت فعلا هناك مصالح لطب العمل وضعت داخل تنظيمات القطاعات الصحية، لكن هذه المرة تحت إشراف أطباء متخصصون في طب العمل ولأول مرة، حيث تخرجوا في تلك السنة من جامعات الجزائر، قسنطينة، عنابة ووهران [1].

وهكذا أخذت مراكز القطاعات الصحية على عاتقها مهمة تكوين هؤلاء الأطباء ميدانيا، والذين بدورهم أصبحوا المشرفين المباشرين على تكوين أطباء العمل ميدانيا، أثناء مزاولتهم لتخصصهم في الجامعة وبدأت أعدادهم تزيد بصفة محتشمة في أول الأمر، لكنهم بدأوا بعملية تغطية عمليات التكفل بالعمال المعرضين للخطر بصفة خاصة، وأخيرا وفي مسعى تطوير القطاع الصحي في الجزائر وترقية الصحة العامة في سنة 1980، فتحت جبهة التحرير الوطني، تفعيل برنامج الحماية الصحية المتعلق بالنظام الصحي

---

1 المرجع نفسه، ص19.

2 المرجع نفسه، ص 22-23.

الوطني، لذلك بدأت مصالح طب العمل في الانتشار في أحضان القطاعات الصحية، وأدت إلى حل الهيئة الوطنية وما بين الشركات لطب العمل(ONIMET) في سنة 1984 لتصبح التسمية الرسمية لهذه المصلحة طب العمل، أي أن هذه التسمية جاءت خلال وضع هذه المصلحة تحت الوصاية الرسمية للقطاع الصحي، وتعتبر هذه الفترة هي فترة التبني الرسمي لنشاطات طب العمل، وهذا بموجب المنشور الوزاري رقم 172 المؤرخ في 12 أفريل 1984 والمتعلق بتغطية جميع النشاطات التي كانت تقوم بها (ONIMET) وهكذا بدأت هذه المصالح في عملها، اعتمادا على الوسائل البسيطة للقطاعات الصحية التي سرعان ما بدأت بإنجاز هذا البرنامج معتمدة على مصالحها الصحية، أي أنه كان أكثر الممارسين أطباء عامون، وفي هذه المرحلة كانت مصلحة طب العمل لها 03 خطوات أو طرائق للتدخل وهي:

- عملية التكفل الكامل بالعمال التابعين للمؤسسات التي أبرمت اتفاقية مع القطاع الصحي.
- تعيين طبيب يقوم بعملية التكفل بالعمال داخل المؤسسات والشركات.
- التكفل غير المباشر، وذلك بالحرص على مزاولة نشاطات طب العمل من خلال المراكز والعيادات المتواجدة داخل المؤسسة. هذا ومع انضمام مصلحة طب العمل للقطاع الصحي كوصي رسمي وجدت نفسها ملزمة بتقديم التقارير والإحصائيات من مختلف نشاطاتها، تدخل المجال الإداري من أوسع أبوابه.[2]

4- أهم التشريعات الجزائرية في مجال طب العمل:

لقد أبرز المشرع الجزائري اهتمامه في مجال طب العمل، بإصدار مجموعة من القوانين والنصوص لتنظيم مختلف النشاطات في هذا المجال وهي كالآتي:

قانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985المتعلقة بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم.

- قانون رقم 88- 07 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988 يتعلق بالوقاية الصحية والأمن و طب العمل.
- المرسوم التنفيذي رقم 93-120 المؤرخ في 23 ذي القعدة عام 1413 الموافق 15 مايو سنة 1993 المتعلق بتنظيم طب العمل.
- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 2 ذي القعدة عام 1415 الموافق 2 أبريل سنة 1995 يحدد الاتفاقية النموذجية المتعلقة بطب العمل المبرمة بين الهيئة المستخدمة والقطاع الصحي أو الهيئة المختصة أو الطبيب المؤهل.
- قرار مؤرخ في 28 رجب عام 1422 الموافق 16 أكتوبر سنة 2001 يحدد المقاييس في ميدان الوسائل البشرية والمجال والتجهيزات في مصالح طب العمل. (1)

5- مهام ومسؤوليات طبيب العمل:

- تتمثل الخدمات التي يقدمها طبيب العمل للعمال في إطار طب العمل في:
- فحوصات التوظيف visites d'embauches.
- الفحوصات الدورية visites périodiques .
- فحوصات بطلب من العامل visites spontanées.
- فحوصات بعد أي غياب visites de reprises.
- التدقيق في صحة التقارير الخاصة بالإجازات المرضية المقدمة من طرف العامل.
- مراقبة بيئة العمل.
- مكافحة عمالة الأطفال.
- مراقبة بعض أمكنة العمل التي يمنع على المرأة العمل فيها (2)
- مراقبة المبادئ والتجهيزات الأساسية في مكان العمل .

---

[1] المرجع نفسه، ص26.

[2]-Guide à l'usage des médecins chargés des activités de médecine de travail .p.51.

- الحماية الصحية الأولوية للجماعات الأكثر عرضة للأخطار.
- الصحة العامة ومكافحة الأوبئة.
- الوقاية من الأمراض والحوادث ومختلف الإصابات.
- مكافحة التلوث في أماكن العمل في إطار الوقاية العامة.
- الاهتمام بالمرأة الحامل بصفة خاصة.
- إعداد ملفات طبية فردية وسرية، ينقلها الطبيب في كل مرة إلى المؤسسة.
- اكتشاف الأمراض المهنية وتشخيصها والتكفل بالمصابين بها.
- متابعة فئة المعاقين من العمال بصفة دورية ومستمرة مع مراقبة نشاطهم.
- تحسيس العمال ومسيري المؤسسات حول أهمية وجود وتجديد واستعمال أجهزة إطفاء الحرائق في إطار المحافظة على صحة العمال والوقاية من الحرائق [1].
- الاهتمام بعمال المطبخ بصفة خاصة (تحاليل طبية خاصة).
- مراقبة مختلف العناصر الموجودة في بيئة العامل والتي تؤثر في صحته بصفة مباشرة، مثل الضوضاء والغبار، التهوية، الإنارة، درجة الحرارة، الرطوبة والوقوف المستمر.
- معرفة طبيعة المواد المستعملة في العملية الإنتاجية، والتعرف على ما قد يسبب من أمراض وأضرار.
- لطبيب العمل وحده الصلاحية في تقدير أهلية العامل من عدمها لأي منصب شغل.[2]

---

[1] المرجع نفسه، ص 52-53.

[2] المرجع نفسه، ص 54.

6- مجالات تدخل طب العمل

أولا: تدخل طبيب العمل في مجال الآمن الصناعي:

ونظرا لأهمية المورد البشري في العملية الإنتاجية داخل التنظيم، فقد أولت المنظمات اهتماما كبيرا للاعتناء به، وكذلك التشريعات في هذا المجال وتعتبر مصلحة طب العمل وطبيب العمل بصفة خاصة فاعل أساسي في هذه العملية، لذلك حرصت كل هذه الجهات على اتخاذ الاحتياطات اللازمة والتدابير للتقليل من الأخطار التي تواجه العامل أثناء مزاولته لعمله، في إطار الحفاظ على صحة وسلامة العمال. علما أن الأمن الصناعي يشير إلى مجموعة الإجراءات والتدابير الوقائية وكذا مجموعة الوسائل التي تتخذها إدارة المؤسسة بمشاركة العاملين فيها وتحفيزهم على تطبيقها واستخدامها بغية توفير ظروف العمل التي تضمن الصحة والسلامة وتجنب وقوع حوادث وأمراض مهنية تكون عبء على المؤسسة ومن فيها ويشمل الأمن الصناعي، بيئة العمال والعامل، والعلاج، كما وتشير بيئة العمل إلى مجموعة من العناصر تتمثل في:

- **الإضاءة:** التي تعد من أهم العوامل المادية التي يجب الاهتمام بها لما لها من أهمية في عمل الفرد وعلاقتها بأدائه، لأن الإضاءة غير المناسبة في مكان العمل تسبب نوع من الانهيار في العيون وذلك في حالة وجود مساحات لا تصلها الإضاءة بشكل كاف، والإضاءة نوعان:

- **إضاءة طبيعية:** تعد الأفضل والملائمة للعينين، كما يمكن الحصول عليها بأكبر قدر وبدون تكاليف وهي أكثر انتشارا وتوزيعا.

- **إضاءة اصطناعية:** نظرا لعدم إمكانية اعتماد الإضاءة الطبيعية في كل وقت وفي كل مكان، ظهرت الإضاءة الاصطناعية، وقد أثبتت الدراسات أن نسبة الحوادث تحصل بمعدل 32% في الإضاءة الاصطناعية، وأنه يجب العمل

على تكييفها لكي تكون من ناحية اللون والقوة اقرب ما يكون إلى إضاءة طبيعية [1].

– **الضوضاء:** تكاد تتفق معظم التعاريف أن الضوضاء هي: "أي صوت مهما كانت شدته يؤدي إلى أثار سيكولوجية أو فيزيولوجية غير مرغوب فيها لدى الفرد، والتي قد تتداخل مع نشاطات الفرد أو الجماعة سواء تمثل ذلك في الاتصال، العمل، الراحة، الاسترخاء، النوم " [2]

وللضوضاء آثار بليغة نذكر منها:

– بروز أعراض القلق، الإحباط، التوتر لدى العمال.

– الحساسية الزائدة.

– اضطرابات النوم.

– الإحساس بالعزلة.

– مظاهر الخوف وعدم الآمان.

والضوضاء أنواع نذكر منها:

– **الضوضاء المتواصلة:** وهي التي تحدث على وتيرة واحدة ومتواصلة بنفس الشدة ولمدة معينة.

– **الضوضاء المتقلبة:** تكون متفاوتة الشدة سواء وفق لمصدرها، أو تبعا لمدة زمنية معينة ونوع المهنة

– **الضوضاء المتقطعة:** التي تحدث لمدة معينة، وبفترات متقطعة.

– **الضوضاء الاندفاعية:** تلك التي تظهر لمدة جد قصيرة وبشدة عالية وحادة وبطلقة مفاجئة، غير متوقعة وتأخذ طابع الصدفة."[3].

---

1 عادل حسين التنظيم الصناعي وإدارة الإنتاج، دار النهضة . بيروت 1989، ص 184.

2 حمو بظريفة، الضوضاء خطر على صحتك، مخبر الوقاية والارغونوميا، الجزائر، ط1، 2002، ص 6.

3 المرجع نفسه، ص 99.

- **التهوية:** إن التهوية غير الجيدة في بيئة العمل من شانها أن تلحق أضرارا جسيمة، وتؤثر تأثيرا بالغا على العمال بدنيا ونفسيا، ومن مظاهرها المسببة للحوادث نذكر ما يلي:

- تكاثر الأتربة والأبخرة والغازات السامة.
- ارتفاع نسبة التلوث داخل مكان العمل.
- قلة وسائل التصفية الآنية للهواء أو تعطيلها للعمل.
- عدم اتساع مكان العمل وقلة النوافذ.
- وجود معدل رطوبة مرتفع [1]

بالإضافة إلى عوامل أخرى منها، الحرارة، الإشعاعات، والغازات، .. وكل هاته العوامل فإن لم يتم السيطرة عليها من خلال توفير وسائل الأمن والوقاية فإنها من دون شك تصبح مهددة للعامل في الوقوع في مأزق الإصابة بحوادث العمل والأمراض المهنية.

أما **من حيث العامل نفسه:** فيتمثل الهدف هنا بضرورة توعية العاملين وتشجيعهم على المحافظة على أنفسهم، وإتباع شروط وتعليمات الأمن الصناعي للوقاية من أخطار العمل [2]

- **من حيث العلاج والتأهيل:** يتمثل هذا الهدف في سرعة علاج وتأهيل ورعاية العامل المصاب وضمان عودته إلى عمله السابق، كلما أمكن ذلك، كما يتضمن هذا الهدف أيضا ضمان دخل العامل المصاب طيلة مدة علاجه وتأهيله.[3]

1عز الدين فراج وآخرون، **الصحة المهنية والأمن الصناعي والإسعافات الأولية**، دار الفكر العربي، الأهرام القاهرة، 1989،ص 32.

[2] يوسف حجيم الطائي وآخرون، **إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي متكامل**، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2006، ص 455.

[3] علي غربي وآخرون، **تنمية الموارد البشرية**، دار الهدى للطباعة والنشر، والتوزيع، عين مليلة، الجزائر 2002، ص 134.

ثانيا: تدخل طبيب العمل في مجال حوادث العمل:

- تعتبر ظاهرة الحوادث من الموضوعات التي لاقت اهتماما واسعا من طرف الباحثين والمختصين خصوصا وأن هذه الظاهرة مازالت تؤرق كل الجهات المعنية رغم التدابير والإجراءات المتاحة للتقليل منها، وذلك نظرا لتشابك وتعقد العوامل المسببة لها وتفاعلها مع بعضها. وحادث العمل هو كل حادث غير متوقع يقع أثناء العمل، نتيجة عوامل مادية أو بشرية، والذي قد يلحق أضرارا بعناصر العملية الإنتاجية والمتمثلة في العمال والمعدات والآلات والمواد الإنتاجية[1]

- **ثالثا: تدخل طبيب العمل في مجال الأمراض المهنية.**

إن المشرع الجزائري يعرف المرض المهني على أنه:

" التسممات والأضرار التي تسبب فيها أصل المهنة "[2]

أما منظمة العمل الدولية فعرفته بأنه:

" كل مرض تكثر الإصابة به بين المشتغلين في مهنة ما، أو مجموعة المهن يصاب بها أحد العاملين في تلك المهنة أو المهن[3]. وعلى العموم لقد اختلفت التعاريف في تحديد المرض المهني، فمثلا نجد المشرع الجزائري استبعد في تعريفه الوظائف الإدارية، لذلك فمازالت المحاولات في تحديد تعريف هذا المرض إلى يومنا هذا.

- تصنيف الأمراض المهنية:

---

[1] المرجع نفسه، ص 279.

2 محمد عبد السميع علي، **الأمن الصناعي، عرض تحليلي لمفهومه ونشاطه**، مطبعة القاهرة، القاهرة، مصر، 1973، ص 07.

[3] المرجع نفسه، ص 2.

- **أمراض مهنية ناتجة عن عوامل طبيعية فيزيقية:**

إذ أن التعرض للظروف الفيزيقية غير المناسبة في بيئة العمل من شأنها أن تؤدي إلى الإصابة بأمراض مهنية، وتشمل الظروف الفيزيقية، تغيرات درجات الحرارة، التعرض لإضاءة غير مناسبة أو لضوضاء مزعجة وتغيرات الضغط أو التعرض للإشعاعات أو الكهرباء أو للذبذبات والاهتزازات.

- **أمراض مهنية ناتجة عن عوامل نفسية:**

ومن أمثلة ذلك الوسواس القهري، وكذا جنون العزلة في الأماكن النائية والبعيدة عن ديناميكية الأفراد.

- **أمراض مهنية ناجمة عن عوامل كيميائية:**

وينتج الضرر هنا بسبب تعامل هذه المواد مع أنسجة الجسم المختلفة للعامل ودرجة الخطورة هنا تعتمد على عدة عوامل منها، درجة تركيز هذه المادة نوعها وكميتها وحالتها كما تعتمد درجة خطورتها على طريقة دخولها للجسم ومدة التعرض لها، بالإضافة إلى الاستعداد الجسمي للعامل [1]

التصنيف حسب طبيعة المصاب: وقد تكون الإصابة في:

- الجهاز التنفسي. - الجهاز الهضمي.
- الجهاز الدوراني. - الجهاز الحركي.
- الجهاز العصبي. - الجلد.
- المسالك البولية والتناسلية. - العينين.
- الأذن الأنف والحنجرة. - الإصابة في أكثر من جهاز في آن واحد.

7- الجانب الميداني:

1 نادية محمد السيد عمر: **علم الاجتماع الطبي، " المفهوم والمجالات**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 2003، ص 288-289.

إن ما تم جمعه في الجانب النظري يحتاج فعلا إلى تدعيم ميداني لذلك أردنا التحقق من واقع تجسيد السياسة الصحية في الوسط المهني وقد اخترنا مصلحة طب العمل التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف كميدان لدراستنا لهذا يجدر بنا الانتقال إلى ميدان الدراسة والتعرف على كل العناصر التي تساهم بشكل أو بآخر في تقديم الخدمات الصحية للعامل في الوسط المهني لذلك كانت الزيارة الأولى يوم 2018/01/22 حيث زودنا الطبيب مسؤول المصلحة ببعض المعلومات وكذا وثائق مهمة تمثلت في تقارير شهرية وحوصلة سنوية لكل نشاطات المصلحة والممارسين وبطاقة تقنية للمصلحة ثم حددنا موعد آخر من أجل إجراء مقابلة مع المبحوث لأنه كان مرتبط بحضور اجتماع عمل تنسيقي بالمديرية العامة للإدارة الوصية ومن خلال الوثائق والملاحظة استطعنا تجميع ما يلي:

أولا: مجال الدراسة:

تقع مصلحة طب العمل، التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف، بحي المستقبل بمحاذاة السوق "عباشة عمار" تأسست هذه المصلحة بموجب المرسوم الوزاري رقم 399 بتاريخ 1984/11/25 وكانت بدايات طب العمل في ولاية سطيف في سنة 1985، حيث كانت تحت الوصاية الرسمية والقانونية للمركز الإستشفائي الجامعي " سعادنة عبد النور" بدأت العمل بعدد قليل جدا من الأطباء، وكان معظمهم أطباء عامون، وفي سنة 1988 انقسم المركز الإستشفائي "سعادنة عبد النور" الذي لم يعد في استطاعته تغطية احتياجات المدينة وضواحيها، لتنبثق منه هيئة جديدة هي " القطاع الصحي" ووضع تحت وصايته كل العيادات متعددة الخدمات وكذا كل قاعات العلاج ودور الولادة التي تقع في ضواحي المدينة بالإضافة إلى مصلحة طب العمل التي تمركزت في البداية وسط المنطقة الصناعية التابعة للولاية وبدأت تزاول

نشاطها بطبيب واحد متخصص في طب العمل وعدد قليل من الأطباء العامون يعملون تحت إشرافه، وكان عدد الاتفاقيات المبرمة مع المؤسسات والشركات قليل ففي سنة 2002 مثلا كان عدد الاتفاقيات مع طب العمل يبلغ 64 اتفاقية فقط، وكان معظم أرباب العمل لا يسمحون للطبيب بالولوج إلى المؤسسة واستمر الحال كذلك حتى أصبحت هذه الاتفاقية إجبارية ويعاقب القانون مخالفيها وفي سنة 2012 أصبح عدد الاتفاقيات 555 اتفاقية مع مصلحة طب العمل التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لولاية سطيف وهي التسمية الجديدة للقطاع الصحي منذ سنة 2007.

وفي أثناء ذلك بدأ هذا الاختصاص في الانتشار لكن بصورة محتشمة وبدأ عدد قليل منهم يلتحقون بالمصلحة، ولما كان مركز المصلحة ملك للشركة الجزائرية للمطاط والبلاستيك، فانه تم نقل المصلحة إلى وسط المدينة في حي المستقبل في عيادة مستقلة في 01/12 2013 لكنها بذلك ابتعدت عن المنطقة الصناعية، ويعتبر المركز الجديد للمصلحة أوسع من الأول، وقد ضم المكان الجديد ما يلي:

– قاعة للمعاينة الطبية خاص بالطبيب المسؤول عن مصلحة طب العمل.

– 04 قاعات مخصصة للمعاينة الطبية للأطباء العمل الآخرون.

– قاعة واحدة مخصصة لرئيس المصلحة وكذا الأمانة.

– قاعة واحدة مخصصة لعملية تلقيح العمال وكذا عمليات الوزن وقياس الطول...

– مكتب واحد مخصص للمحاسبة، الفوترة والاتفاقيات.

– مكتب واحد مخصص لحفظ الملفات الطبية للعمال.

– مخبر للتحاليل الطبية.

– قاعة مخصصة للتصوير بالأشعة.

- قاعة مخصصة لمسير جهاز الأشعة.

أما عن العناصر البشرية التي تعمل في هذه المصلحة فقد وضعناها في الجدول التالي:

- جدول رقم (01) يوضح الهياكل البشرية لمصلحة طب العمل

الموارد البشرية		الملاحظة
الأطباء المتخصصون	09	مثبتون
أطباء عامون	02	مثبتون
شبه طبيين	05	مثبتون
مخبريين	02	مثبتون
أخصائي نفساني	01	مؤقت
يبولوجي للصحة العمومية	01	مؤقت
تقني في الإعلام الآلي	01	مؤقت

تصميم شخصي: مبني على البيانات الموجودة في سجل الحضور.

- جدول رقم (02): يوضح الوسائل والأجهزة الطبية الموضوعة تحت تصرف المصلحة

الجهاز	العدد	الملاحظة
جهاز اختبار التنفس	02	غير كافي
جهاز التصوير بالأشعة	01	كافي
جهاز تخطيط للقلب	01	كافي
طاولات الفحوصات الطبية	10	كافية
الميزان	09	كافية
لوحات قراءة الحروف	07	غير كافية
جهاز قياس السمع	05	غير كافية
جهاز قياس الضوء	01	غير كافي
جهاز قياس الضوضاء	01	غير كافي
اللوحات الضوئية لقراءة الأشعة	07	غير كافية

أجهزة التحاليل الطبية	03	لاستخدامات متعددة

تصميم شخصي: مبني على البطاقة التقنية للمصلحة.

تتكفل المصلحة بـ 36608 عامل ضمن 932 اتفاقية مع مؤسسات وشركات مختلفة النشاطات وتتنوع كذلك بين القطاعين العمومي والخاص وهذا العدد من المؤسسات والعمال تم تحيينه إلى غاية 2018/01/01، ولأن حوصلة النشاطات لسنة 2017 في طور الانجاز ولم تنتهي بعد فقد زودنا المبحوث بالإحصائيات الخاصة بسنة 2016 التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة، وتضمنت ما يلي:

- عدد عمال القطاع الصناعي: 8612
- عدد عمال البناء:4890
- عدد عمال القطاع الفلاحي: 572
- عدد عمال مؤسسات الصحة:2157
- عدد عمال قطاعات أخرى:21212
- عدد العمال المبرمجين لعملية التكفل الصحي لعام 2016: 18000
- العدد الحقيقي للعمال الذين تم فعلا التكفل بهم خلال السنة: 12108.

لقد اخترنا أن نضع المعطيات الموجودة بالحوصلة السنوية في جداول حتى تسهل قراءتها.

جدول رقم (03): يوضح عمال خضعوا للمراقبة الطبية الخاصة خلال سنة 2016

صنف العمال	العدد
المتربصين	35
العمال المعرضين لدرجة عالية من الخطر	6879
عمال سنهم أقل من 18 سنة	26
عمال سنهم يتجاوز 55 سنة	543
عمال ذوي الاحتياجات الخاصة	55
عمال ذوي الأمراض المزمنة	967
النساء الحوامل وأمهات لطفل سنه أقل من سنتين	105
المجموع	8610

جدول رقم(04) يوضح: نوع الفحوصات الطبية المسندة لطبيب العمل

نوع الفحوصات	العدد	%
فحوصات ما قبل التشغيل	5278	%27.8
الفحوصات الدورية	11611	
الفحوصات السنوية الأولى	11151	%58.9
الفحوصات السنوية الثانية	460	%2.4
العودة للعمل		
بعد حادث عمل أو عطلة	28	%0.14
مهنية	11	%0.058
بعد عطلة ولادة	55	%0.29
غياب لأكثر من 21 يوم		
متكرر		
الفحوصات الإرادية		
بطلب من العامل	1915	%10.1
بطلب من رب العمل	29	%0.15
المجموع	30538	%100

جدول رقم(05): يوضح نتائج الفحوصات

	التشغيل	الدورية	العودة للعمل	إرادية وأخرى	المجموع
مؤهل	5179	10546	76	1858	17659
مؤهل بتحفظ	94	1036	16	85	1231
غير مؤهل	05	29	02	01	37
المجموع	5278	11611	94	1944	18927

جدول رقم (06) يوضح: الأمراض المشخصة خلال سنة 2016

التشخيص	العدد
ارتفاع ضغط الدم	137
مرض السكري	55
أمراض القلب	23
اضطرابات عضلية هيكلية	386
صمم	57
الصرع	03
الأمراض العظمية(التهابات المفاصل......)	23
الدوالي للأطراف السفلية	34
الربو	14
أمراض الحساسية الصدرية	56
انزلاق غضروفي	37
الاكزيما	29
الذهان المزمن	06
الأمراض الهضمية	69
الصدفية	85

اضطرابات شحوم الدم	56
أمراض العين	103

لم تكن زيارة ميدان الدراسة ولا الاطلاع على الحوصلة السنوية لنشاطات المصلحة كافية من أجل الإحاطة بموضوع الدراسة لذلك ومن أجل استقراء المعطيات الموجودة في التقرير فقد قمنا بإجراء مقابلة مقننة مع الطبيب مسؤول المصلحة حتى نقوم باستدراك النقائص من جهة، ومن جهة أخرى حتى نستطيع التمييز بين ما هو نظري وما هو ميداني وفي أرض الواقع، لذلك كانت الزيارة الثانية لميدان الدراسة يوم 2018/01/25 على الساعة 09.30 سا صباحا حسب الموعد الذي حدده المبحوث مسبقا واستمرت حتى الساعة 11.00سا صباحا من نفس اليوم حيث تخللت المقابلة فترات اقتطاعيه فكان المبحوث إما يجيب على الهاتف أو يقوم بإمضاء وثائق تحضرها الأمينة، وهنا أشار أن الأعمال الإدارية التي استلمها عندما أصبح مسؤول المصلحة ترهقه كثيرا على غرار مهامه مع المؤسسات والشركات.

ثانيا: المقابلة مع الطبيب مسؤول مصلحة طب العمل:

أطلعنا المبحوث مسبقا أننا لا نستطيع مقابلة باقي الأطباء لانشغالهم وتنقلهم إلى المؤسسات كل حسب البرنامج المسطر مسبقا، لذلك ومن خلال المقابلة وضح لنا المبحوث ما يلي:

إن أهم الخدمات التي يقدمها طبيب العمل عموما في المؤسسة تكمن في:

- الفحوصات الطبية الدورية
- فحوصات بطلب من العامل
- فحوصات ما قبل التوظيف
- مراقبة شروط العمل لتحليل الأخطار

- التوعية الصحية بصفة فردية

- تلقيح العمال

- الوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق الدم

- الكشف المبكر للأمراض المزمنة

- تشخيص الأمراض المهنية

- المصادقة على شهادات استئناف العمل

- اتخاذ قرارات المناصب المرحلة بالنسبة للعمال المرضى أو ضحايا حوادث العمل.

- أما عن برمجة الفحوصات الطبية وإمكانية وجود متابعة طبية خارج الفحوصات الدورية فقد أكد لنا المبحوث أن العملية تتم في بداية كل سنة حيث يقسم عدد المؤسسات على الأطباء بالتساوي وتكون الأولوية للمؤسسات المصنفة ذات الخطورة العالية، كما أضاف المبحوث أن هناك متابعة للحالات التي تستدعي ذلك وتكون دائما على مستوى مصلحة طب العمل وبمواعيد محددة.

- فيما يخص طريقة مساهمة الإدارة الوصية في عملية التكفل بالعمال فقد أجاب المبحوث أن هناك مجموعة من العناصر تعبر عن دور الإدارة من أجل تنظيم العملية وهي:

- إبرام الاتفاقيات مع المؤسسات الراغبة في ذلك.

- توفير الإمكانيات المادية مثل الملفات الطبية، السجلات الإدارية، التلقيح التجهيزات الطبية....الخ

- توفير الخط الهاتفي المباشر، بينما تتمتع باقي الوحدات الصحية بخط داخلي فقط.

أما عن إمكانية تغطية كل البرنامج المسند لكل طبيب فلقد أجاب المبحوث مباشرة وبكل صراحة أنه من المستحيل ذلك والسبب يعود إلى العدد الهائل والمتزايد للعمال المبرمجين بالنظر إلى العدد القليل للأطباء.

وحسب قانون العمل فإن عدد العمال المقرر التكفل بهم يوميا يكون بين 12 و15 عاملا خلال اليوم الواحد وبين 2500 و2600 عامل سنويا نظرا لمجموعة الفحوصات والتحاليل الطبية والتصوير بالأشعة.

وأطلعنا المبحوث عن الأمراض الأكثر انتشارا في الوسط المهني وعلاقتها بنوع النشاط الممارس في كل مؤسسة لكن في الأغلب تكون كالتالي:

- ارتفاع ضغط الدم.
- مرض السكري.
- الربو والحساسية بأنواعها.
- آلام الظهر.
- الأمراض التنفسية.
- الاضطرابات العضلية والعظمية.
- الاضطرابات الهضمية

هذا وأكد لنا المبحوث بصفة قطعية أن عملية التواصل مع العمال سهلة نظرا لخبرة طبيب العمل بالتعامل مع العامل حسب مستواه وإنما الصعوبة الوحيدة تكمن في العمال الجانب كالصينيين والهنود.

- فيما يخص إمكانية تراجع عدد حوادث العمل فقد أوضح المبحوث أن التراجع في العدد بسيط جدا والسبب عدم التزام العمال وأرباب العمل بإرشادات الطبيب في مجال الأمن والوقاية، وتجدر الإشارة هنا أننا التمسنا نوع من الإحباط خلال الإجابة عن هذا السؤال بالذات كون التقليل من حوادث العمل يعتبر أهم انجازات طب العمل وأهدافه.

في الأخير أشار المبحوث إلى مختلف الصعوبات التي يصادفها طبيب العمل خلال عمله وتمثلت فيما يلي:

- عدم إعطاء اختصاص طب العمل قيمته الحقيقية.
- الغيابات وعدم احترام برنامج العمل من طرف بعض المؤسسات.

- عدم السماح للعامل بالمتابعة الطبية خارج الفحوصات الدورية.
- التراخي في تطبيق إرشادات طبيب العمل في مجال الأمن والوقاية.

هذا من جهة من جهة أخرى أضاف المبحوث أن طبيب العمل يصادف مشكلات أخرى مع العامل بصفة خاصة وتتمثل في:

- رفض تلقي التلقيح.
- عدم التقيد بارتداء الملابس الواقية بأنواعها.
- محاولة إخفاء المرض خاصة في فحوصات ما قبل التوظيف.

لقد تسنت لنا الفرصة لإجراء مقابلة مع الأخصائية النفسانية التي علمنا من الطبيب المسؤول أنها لا تتنقل مع الفريق الطبي بل وتقوم بأداء مهام أخرى على مستوى المصلحة وهو ما أثار فضولنا، لذلك طلبنا منها إجراء مقابلة ووافقت على الفور ولأنها كانت مشغولة في ذلك اليوم اتفقنا على موعد لاحق نحدده عبر الهاتف.

ثالثا: المقابلة مع الأخصائي النفساني:

جرت المقابلة مع الأخصائية النفسانية يوم 11 فيفري 2018 على مستوى مصلحة طب العمل على الساعة 09.40 سا صباحا، إن المبحوثة متخصصة في علم النفس تنظيم وعمل، تبلغ من العمر 33 سنة، موظفة في إطار إدماج حاملي الشهادات، أي أنها موظفة مؤقتة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية منذ سنة 2011، بدأت في مركز مكافحة التدخين وصادفت حالات تأثرت بها كثيرا على حدّ قولها ولم تكن مرتاحة، وفي سنة 2013 قامت الإدارة بتحويلها إلى مصلحة طب العمل بمقرر مفاده تكليف بمهام الأمانة، وهو الدور البعيد جدا عن تخصص الباحثة، في البداية تعلمت المعنية أمور الإدارة والأمانة التزاما بمقرر التوجيه من جهة، وبدافع الفضول والفراغ من جهة أخرى حسب تصريح المبحوثة عندئذ كلفت المبحوثة بعملية استدعاء العمال حسب برنامج

مسبق ومواعيد معينة من أجل عملية التلقيح وكذا الاهتمام بالسجل الخاص بهذه العملية وتسجيل كل الأمور الخاصة بذلك (الاسم اللقب، نوع التلقيح التاريخ، الجرعة، الرقم التسلسلي للمنتوج، والموعد المقبل ...) هذا وقام أحد الأطباء بتعليمها كيفية استعمال جهاز قياس السمع، وهكذا صار جزء من عملها، رغم كل ما سبق فإن المبحوثة تعي تماما الدور الذي كان من المفروض أن تقوم به كمرافقة الطبيب في زيارة ومراقبة البيئة التي يعمل بها العامل من أجل حمايته ويتعلق الأمر بمراقبة الإنارة، االتهوية، مستوى الرطوبة الضوضاء...لأن هذه الأمور لا تؤثر فقط على الجانب الجسمي للعامل بل وعلى الجانب النفسي أيضا، وعندما أردنا معرفة إمكانية أن تقوم المبحوثة بممارسة دورها الأصلي مع العمال إذا ما سنحت الفرصة لذلك تفاجئنا بإجابة المبحوثة التي أكدت لنا أنها لا تنوي القيام بذلك حتى ولو سنحت الفرصة، بل وصرحت أنها تشارك في مسابقات المتصرفين الإداريين بغرض العمل في مجال الإدارة.

وفي الأخير سألنا المبحوثة عن إمكانية مشاركة الأخصائي النفساني في فريق طب العمل بصفة دائمة وفعالة في المستقبل، وأجابت بابتسامة وبكل ثقة أننا بعيدون جدا عن هذا المستوى من التقدم لأن المجتمع الذي نعيش فيه لا يملك هذا النوع من الثقافة التي تؤهله لتفعيل هذا الأمر من جهة ومن جهة أخرى فإن أرباب العمل لا يلتزمون بإرشادات وتوجيهات طبيب العمل الخاصة بأساليب الأمن والوقاية والمهم عندهم هو الربح والعملية الإنتاجية بغض النظر عن صحة العامل. وانتهت المقابلة على الساعة 10.15 سا من نفس اليوم.

إن الدور الذي تقوم به المبحوثة بعيد كل البعد عن تكوينها الأصلي وهذا ما أثار فضولنا في البداية وتساءلنا في البداية إذا ما كان هذا الوضع مفروض عليها، لكننا وجدنا أنفسنا أمام شخص راض تماما بالوظيفة التي يقوم بها، بل ويطمح في الاستمرار بها والشيء الذي يزعجها فعلا هو كونها موظفة مؤقتة

فقط، إن المبحوثة ومقارنة مع ما تعلمته في الجامعة من خلال اختصاصها لم يتوافق على الإطلاق مع ما صادفته في ميدان العمل وفي أرض الواقع وعندما تأكدت أنها لن تستطيع تأدية الدور الذي كان من المفروض أن تقوم به مع العمال اكتفت بالعمل الإداري الذي يشعرها أنها شخص فاعل في المجتمع الذي لا يمتلك من الثقافة الصحية ما يؤهله للاهتمام بشريحة هامة جدا من المجتمع وهي فئة العمال وبالتالي هذا يفسر سلوكيات المبحوثة التي تكونت من أجل تعديل سلوكيات الأفراد ومساعدتهم في هذا الاتجاه فاصطدمت بواقع آخر جعلها تغير ليس فقط الوظيفة وإنما الميول والاهتمامات، فكيف يمكن لثقافة مجتمع أن تغير تصورات الفرد وتؤثر في مسار حياته وقراراته.

رابعا: تحليل واستنتاج:

إن كل ما تم جمعه من بيانات ومعلومات من واقع طب العمل في عملية التكفل بالعمال بصفة عامة يبين أن طبيب العمل يقوم بكل ما يمكنه أن يحمي العامل في مكان عمله، ويسعى إلى الحفاظ على صحته من خلال تطبيق برنامج محدد مسطر من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهو بذلك لا يخرج عن العرف والاتفاقيات الدولية وكل التدابير التي توصل إليها المشرع من أجل حماية العامل من جهة ولعملية الإنتاجية من جهة أخرى.

إن الدراسة السوسيولوجية لمختلف هذه الخدمات والدور الفعال الذي يقوم به طب العمل يؤثر بصفة مباشرة على عملية تقييم أهلية العامل للوظيفة التي يشغلها، كما تؤثر على طريقة أدائه وعلى العملية الإنتاجية بصفة عامة والمعلومات التي تم جمعها من المؤسسة ميدان الدراسة لا تخرج عن ما جمعناه في الجانب النظري هذا بغض النظر عن الإمكانيات التي تختلف بطبيعة الحال من مجتمع إلى آخر ومن دولة إلى أخرى، هذا لا يمنع طبيب العمل من أداء الدور المنوط به في التعامل مع جميع جوانب الإنسان حتى أنه يتعدى

ذلك إلى البيئة المحيطة بالعامل في مراقبتها ومحاولة تكييف الظروف التي تضمن الصحة والسلامة للعامل، هذا وتبقى النقائص التي تحول دون تحقيق الأهداف المسطرة لهذا البرنامج كنقص الموارد البشرية مقابل تزايد عدد العمال الواجب التكفل بهم، نقص الأجهزة الطبية التي تساعد في تقدم عمل الطبيب من جهة أخرى عدم تعاون بعض أرباب العمل فيما يخص تطبيق قرارات وإرشادات طبيب العمل، وفي بعض الأحيان عدم وعي العامل بأهمية الفحوصات والتلقيحات باعتبارها عائق في المحافظة على الوظيفة.

في الأخير ومن خلال ما التمسناه من زيارة ميدان الدراسة والحوار الذي أجريناه مع الطبيب مسؤول المصلحة فإن طب العمل في الجزائر بصفة عامة وبمدينة سطيف بصفة خاصة ورغم التقدم الملحوظ الذي حققته الدولة والممارس في هذا المجال إلاّ أننا مازلنا بعيدين كل البعد عن تحقيق الأمن والسلامة للعامل في الوسط المهني والأسباب عدّة منها ما هو تنظيمي وتقني ومنها ما هو اجتماعي بحت يمس بطريقة مباشرة البنية السوسيو ثقافية لمجتمعنا.

خـاتمة:

نظرا للدور الكبير الذي يقوم به طب العمل في الحفاظ على العنصر البشري من جهة وعلى تحسين العملية الإنتاجية من جهة أخرى فإنه كان من الضروري الاطلاع على طبيعة عملية التكفل بالعمال في الوسط المهني وهو ما يتطلب تضافر جهود جهات متعددة، لذلك فإن الطبيب وحده لا يستطيع تغطية عملية حماية العامل داخل الوسط المهني وإنما يحتاج إلى مساعدة أطراف عدّة منها الممرض، الإدارة الوصية أرباب العمل وأخيرا العامل نفسه وهذا النجاح لن يأتي هكذا وإنما يحتاج إلى إمكانيات مادية وبشرية وهو ما يرجع إلى قدرة وفكر وثقافة المجتمعات حول الموضوع.

التوصيات:

- ✓ زيادة عدد الأطباء المتخصصون في طب العمل من أجل تغطية الأعداد الهائلة للعمال.
- ✓ توفير الأجهزة التي يحتاج إليها الطبيب من أجا نجاح عملية التكفل وبكميات كافية.
- ✓ إشراك أرباب العمل في عمليات التحسيس الموجهة للعمال خاصة في مجال الأمن والوقاية
- ✓ الحرص على عدم تدخل الإدارة في الأمور التقنية للأطباء.

❁❁❁

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع باللغة العربية:

1- المنجد في اللغة العربية والإعلام، ط40، دار المشرق، بيروت، 2003.

2- أميرة منصور يوسف علي: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

3- تالا قشيطات وآخرون: مبادئ في الصحة والسلامة العامة وصحة المجتمع، الأبعاد الاجتماعية والثقافية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001.

4- حمو بظريفة، الضوضاء خطر على صحتك، مخبر الوقاية والارغونوميا، الجزائر ،ط1، 2002.

5- عادل حسين التنظيم الصناعي وإدارة الإنتاج، دار النهضة، بيروت، 1989.

6- عبد المحي محمود صالح: الصحة العامة وصحة المجتمع، الأبعاد الاجتماعية والثقافية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001.

7- عز الدين فراج وآخرون، الصحة المهنية والأمن الصناعي والإسعافات الأولية، دار الفكر العربي، الأهرام، القاهرة، 1989.

8- علي غربي وآخرون. تنمية الموارد البشرية، دار الهدى للطباعة والنشر، والتوزيع، عين مليلة ، الجزائر، 2002.

9- غسان أحمد مقداد عثمان: دور مديري المدارس الأساسية في تحقيق أهداف الصحة المدرسية كما يراه مديرو المدارس والمشرفون الصحيون في المدارس الأساسية في محافظة "أربد"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية وأصول التربية، .قسم الإدارة، جامعة اليرموك، الأردن،1995.

10- قانون 05/85 المؤرخ في 26جمادي الأول عام 1405 الموافق لـ 16 فبراير 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم.

11- محمد عبد السميع علي، الأمن الصناعي، عرض تحليلي لمفهومه ونشاطه، مطبعة القاهرة، القاهرة، مصر، 1973.

12- نادية محمد السيد عمر: علم الاجتماع الطبي، " المفهوم والمجالات" دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003 .

13- نادية محمد السيد عمر: علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1998.
14- يوسف حجيم الطائي وآخرون، إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي متكامل، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2006.

المراجع باللغة الأجنبية:

15- Ministre de la sante publique. Guide à l'usage des Médecins du travail charges des activités de médecine du travail.
-Guide à l'usage des médecins chargés des activités de médecine de travail 16
17- EPSP de Sétif, fiche technique de la médecine de travail,
18 – EPSP de Sétif, Bilan annuel des activités de médecine de travail 2016.

خاتمة عامة

إنّ الظواهر الاجتماعية والأحداث المتعاقبة التي يمكن أن تشد انتباه الباحثين نحوها وتثير اهتمامهم بها، هي تلك القضايا الأقدر على خلق الإحساس الأعمق، والوعي الناضج، والحراك الأوسع، واختراق أسرع.... من هنا؛ تتلازم جدلية العلاقة بين الواقع والفكر، بين الممارسة والتنظير، بين الملاحظة والتأويل، ويأخذ ترنح الحيرة فيها أوضاعا مختلفة، بين معجب مؤيد وداعم؛ وبين مستاء معارض وناقم، وبين من يتوسطهما، طرف مُحايد ومتحفظ.

من هذا المنطلق؛ تتنوع مجالات الاهتمام في المجال العلمي الاجتماعي تنوعا يستجيب من جهة أولى لما يجري ولما يتم اختباره يوميا عبر التعايش المباشر مع المثير الراهن، ومن جهة أخرى يعكس زاوية المعاينة ومجالاتها، تلك التي يرسمها التخصص وتتمثلها اسقاطات التموقع حسب ما يمليه الواقع.

وعطفا على ما ورد؛ فقد استبطن هذا المؤلف الجماعي المتواضع، مجموعة من البحوث النظرية والدراسات الطبيعية، شكلت معالجة مختلفة ومتكاملة لموضوع الصحة في المجتمع الجزائري ومن زوايا مختلفة، ولعل ما يمكن أن يتخللها من نقائص وهفوات سيتم تداركه لاحقا في النسخة الالكترونية.

ارتأينا انتهاج مسلك التطور التاريخي في مسألة التناول لهذا الموضوع بحسب مسار تطور الاهتمام المجتمعي نفسه بالموضوع، حيث ورد التركيز في البداية من الناحية الانثروبولوجية وفي أكثر من عمل علمي حول إبراز أهمية الطب التقليدي كممارسة وكثقافة تطورت بتطور الفكر والممارسة الاجتماعيين، ما دعا لاحقا الى تحوير الاهمية ضمن سياقات معرفية جديدة كمنظور التنمية

البشرية والتنمية المستدامة، والتي لا يمكن فصلها بوصفها حيز من التنظير البحث عن واقع الممارسة السياسية في مجال ترقية الصحة العمومية، هذا ما ترتب عنه، بالمقابل الانصات بعناية فائقة الى منتجات العصر وانعكاسات السياسات وتطبيقاتها الأمبيريقية ودفع بعجلة المراكز البحثية ولروّاد البحث الاجتماعي والطبي من التدخل القصري لمعالجة وتسوية بعض انحرافات الواقع الصحي عما رسم له من مسار يحقق التنمية والازدهار بالحفاظ على ترقية الصحة العمومية وتوفير أسباب الرفاه والسعادة، من هنا تشكل رحم أنجب دراسات تطبيقية في مجال علم الاجتماع وعلم النفس، يحاول تصويب ما يجب تصويبه لتحقيق الغاية ذاتها.

نأمل في الأخير أننا استطعنا تقديم حوصلة عامة وشاملة مفيدة ووافية من حيث تنوع وتكامل المعارف وكذلك الاقتراحات، للمهتمين بهذا الموضوع سواء في مجال البحث العلمي أو قطاع الصحة أو لغرض المتعة العقلية والثقافة الصحية، ونتمنى أنّ يحظى علمنا هذا بالقبول من قبل القراء الكرام وقبلهم نسأل المّولى تعالى أنّ يتقبله صدقة جارية على جميع من ساهموا في تغطية محاوره ومراجعة وتحكيم أعماله من أعضاء الهيئة العلمية الموقرين دون أن ننسى أولّئك الذّين ساهموا في منح البيانات الميدانية المتضمنة في الدراسات التطبيقية فلهم منا جزيل الشكر والعرفان.

توصيات واقتراحات الندوة الوطنية

توصيات بقلم الدكتور مهدي عوارم:

في هذا الصدد؛ من بين التوصيات التي يمكن إدراجها في هذا المجال واستنادا إلى جملة المعطيات سواء العلمية (من خلال الاطلاع على عدة مراجع في موضوع الصحة) ومن خلال هذه الورقة البحثية كذلك، أو من خلال التجارب الشخصية في إطار التعامل مع المؤسسات الصحية أو ما تتناقله وسائل الإعلام الوطنية من حالات كثيرة نتيجة عجز قطاع الصحة بالتكفل بها، يمكن أن نورد ما يلي:

- ✓ ضرورة تبني ثقافة عمل إيجابية تحمل هذه الثقافة قيم وأساليب تعامل إنساني بين الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي مع المواطنين على اختلاف مستوياتهم المادية والاجتماعية أي (حسن المعاملة)
- ✓ التطبيق الصارم للقوانين المنظمة لتسيير مختلف المؤسسات الصحية، تفاديا للإهمال والتسيب الذي جعل من المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها تعرف تدهورا كبيرا.
- ✓ التكوين العلمي لمختلف الفئات العاملة بالقطاع، وذلك تماشيا مع مختلف التطورات العلمية والتكنولوجية الحاصلة في مجال الصحة.
- ✓ ضرورة تنمية الثقافة الصحية بالنسبة للمواطن بحيث تكون الوقاية هي الأساس في الحفاظ على صحة المواطن.

توصيات واقتراحات: الدكتورة كريمة نايت عبد السلام:

- ✓ القيام بدراسات استكشافية للتعرّف على أنماط السلوك الصحي لدى المواطنين.
- ✓ التأكيد على تطوير ورفع مستوى تطبيق برامج التربية الصحّية، وذلك مع جميع الشرائح العمرية وفي مختلف مؤسسات المجتمع المدني.
- ✓ ضرورة التدخل ببرامج التربية الصحية والقيام بدراسات قبلية وبعدية لتقصي أثرها في تعديل الاتجاهات والسلوك الصحي.
- ✓ ضرورة تدخل علماء النفس في إيقاف السلوك الخطر أو تعديله في مجال الأمراض التي ترتبط بأنماط المعيشة كارتفاع ضغط الدم مثلا.
- ✓ على الأخصائي النفسي أن يتبنى دورا في فريق العلاج الطبي لمثل هذه الأمراض، وذلك بإدخال مبادئ برامج تعديل السلوك وأساليب العلاج النفسي.
- ✓ توجيه المعلومة الصحية الهادفة والصادقة لحماية المجتمع والأفراد من الأمراض والمشاكل الصّحية.

توصيات بلقم الدكتورة عواطف لمو الدي:

- ✓ صياغة تعريف واضح للطب التقليدي (الشعبي) ضمن التشريع الجزائري للصحة، لتحديد طبيعته، مجالاته، وما يندرج ضمن أنواعه أو خارجها.
- ✓ حفز البحوث الاستراتيجية في الطب التقليدي، من خلال تقديم الدعم لمشروعات البحوث الإكلينيكية حول سلامته وفعاليته.
- ✓ وضع قائمة واضحة تظهر المنتجات والتركيبات التي يسمح المشرّع بتداولها، بغرض العلاج، بإيعاز من مراكز البحوث العلمية المتخصصة، حرصا على جودته ومأمونيته.

- ✓ إدراج الطب التقليدي، ضمن كليات الطب، بغرض التكوين الأكاديمي والتخصص فيه، والتمرس على أهم طرقه مثل الحجامة، على غرار ما قامت به دول عديدة في هذا المجال.
- ✓ وضع شروط محددة لممارسة الطب التقليدي، أهمها شهادة من المعهد أو الكلية التي تلقى فيها الممارس تكوينه، حتى لا تترك ممارسته للعشوائية والعبث والانتهازية.
- ✓ السعي إلى دمج الطب التقليدي والطب الحديث في المنظومة الصحية لأجل التكامل بين النمطين، والاستفادة من طرقه، في دعم الرعاية الصحية للمجتمع الجزائري.

توصيات بقلم الدكتورة نجوى عميرش:

للتعجيل والنهوض بهذا القطاع ومن ثمة الحفاظ على الصحة المستدامة للفرد الجزائري يجب العمل على إدخال القيم ضمن الاستراتيجية الوطنية للتنمية، فالمواطن المريض لا يمكن أن يتعلم، والمريض لا يمكن أن يساهم في التنمية دون الاهتمام بصانع التنمية ألا وهو الإنسان، وعليه فهناك مجموعة من الأمور يجب الوقوف عليها لتطوير قطاع الصحة في الجزائر:

- ✓ بالنسبة للجهات المقدمة للخدمات الصحية ويقصد بها الهيئات العاملة في الصحة والعاملين فيها، بحيث يمثل تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية (الأطباء، الممرضين) أحد محددات نجاح مجهودات تطوير الخدمات الصحية بدءا من تطوير المؤسسات والمناهج التعليمية بما يتفق مع احتياجات الرعاية الطبية في المجتمع ووصولا إلى تطبيق برامج التكوين المختلفة بالإضافة إلى تقديم الحوافز عالية لتحقيق الأداء وانتهاج أسلوب الاختيارات الدورية لتقويم الأداء.

- ✓ تطبيق نظام الشراكة مع القطاع الخاص، شريطة أخذ جملة من الاعتبارات منها:
  - توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين، العدالة في المنافسة والمتابعة والإشراف، ومن الممكن أن تأخذ هذه المشاركة عدة أشكال مثل تقديم الخدمات الطبية، التكفل ببعض الفئات من حين لآخر لمن لا يجدون السبيل للعلاج في الخارج.
  - التنسيق بين الجهات المختلفة المقدمة للخدمات الصحية (عام وخاص) لما يساعد على رفع كفاءة الخدمات الصحية من خلال توفير خدمات الرعاية التي تتناسب مع احتياجات المجتمع، والعمل على التنسيق بين السياسات المرتبطة بالصحة العامة مثل سياسات التنمية الريفية، وتوفير المياه النقية.
- ✓ الاهتمام أكثر بشبكة الأجور الخاصة بالأطباء والأخصائيين، وذلك لامتصاص عدد الأطباء المهاجرين إلى الخارج (الأخصائيين والهامين) حيث قدر عددهم بـ 6 آلاف طبيب في مختلف التخصصات، ويرجع سبب ذلك إلى أن شبكة الأجور التي تتبناها السلطات العمومية لا تبنى على معايير تحفيزية، ولا تدفع برقي الخدمة العمومية إلى الأحسن وفق معايير دولية ذات فعالية.
- ✓ الاهتمام بالصناعة المحلية وتدعيمها في مجال الصناعات الصيدلانية خاصة الدواء لتخفيف من ثورة الاستيراد من الخارج ويحقق الاكتفاء الذاتي خاصة إذا علمنا أن الجزائر تتوفر على هياكل ومجمعات لصناعة الدواء يمكن أن تنافس مثيلاتها في دول عربية مثل الأردن ومصر، وقد نجحت هذه المجمعات في صناعة أدوية

بكفاءة خاصة الأدوية التي تكلف مبالغ كثيرة في استيرادها من الخارج.

- ✓ تقديم الرعاية وتعميمها على المناطق النائية والمعزولة، ولقد تم اعتماد فكرة "القوافل المتنقلة" وهي عبارة عن مستشفيات مجهزة بأحدث الوسائل الطبية تقوم بتقديم الخدمات الصحية ومختلف الخدمات الأخرى، كما يمكنها متابعة الأمراض المتنقلة والمعدية عن طريق الفحص العشوائي لمختلف أفراد المجتمع، خاصة البدو الرحل.
- ✓ إشراك وسائل الإعلام المختلفة في التوعية الصحية العامة.
- ✓ تنمية القدرات الإدارية والتسييرية للهياكل الصحية.
- ✓ تحليل العوامل غير المتصلة بالصحة والتي تؤثر في المحددات الصحة مثل الفقر، البيئة....الخ.
- ✓ مواصلة رفع الديون عن المستشفيات ووضع مخطط حسابات دقيق لها.
- ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا، وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها.

توصيات بقلم الدكتور الصالح بوعزة:

- ✓ حماية تماسك الأسرة من تداعيات العولمة عن طريق التنشئة الصحيحة.
- ✓ توعية وتحسيس المواطنين– لاسيما الشباب– بمخاطر تكنولوجيات الإعلام والاتصال على سلوكهم وولائهم لدينهم ووطنهم.
- ✓ تعريف المواطنين بحقوقهم وواجباتهم تجاه دينهم ووطنهم.
- ✓ تفعيل دور المؤسسات الاجتماعية (الإعلامية، الدينية، الجمعيات المنظمات) في تأطير الشباب وحمايتهم من الاستغلال والاغتراب.

- ✓ إنشاء مراكز متخصصة لمواجهة أشكال الهيمنة و الغزو الثقافي.
- ✓ الاهتمام أكثر بالثقافة المحلية الايجابية وتعليمها للأجيال.
- ✓ بناء المناهج الدراسية وفق الأسس الاجتماعية والثقافية للمجتمع
- ✓ بناء جسر من الثقة والتعاون بين الحاكم والمحكوم وبين المؤسسات

توصيات واقتراحات بقلم الاستاذة الدكتورة نادية عيشور:

- ✓ خلق مراكز علمية وأخرى استشفائية علاجية (عمومية وخاصة) للطب البديل (طب الأعشاب/ الطب التكميلي- الطب البديل- التربية العلاجية الغذائية) تحت إشراف علمي وطبي، عالي المستوى وضمان التنسيق بين الطب التقليدي والطب الحديث، والطبي التكميلي والرعاية المُلطّفة.
- ✓ الاهتمام بمجال الطب العائلي (طبيب العائلة) وتكريس ثقافة أهميته في مكافحة الأمراض الوراثية والمُعدية وغيرها، وكذلك أهميته في تحقيق أهداف الاستراتيجية للصحة العمومية؛
- ✓ خلق تخصص علم الاجتماع الطبي في جميع اقسام علم الاجتماع بالجامعات الوطنية، للاهتمام بهذا النّوع من المشكلات الاجتماعية تحديدا، ودعمه بمخبر يهتم بسوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري؛
- ✓ تعيين أخصائيين اجتماعيين متخصصين بالمراكز مكافحة ومعالجة السرطان؛
- ✓ دعم الدراسات العلمية حول هذا الموضوع وخلق آليات قانونية تسمح للباحث السوسيولوجي بتحقيق وتنفيذ بحثه ميدانيا وتذليل الصعوبات التي تواجهه وتعرقل تحقيق أهداف بحثه؛

- ✓ نشر الوعي الصحي والثقافة الطبية في المؤسسات الرسمية بصفة رسمية دورية كمقاييس تدرج ضمن مناهج التعليم وفي جميع فقراته؛
- ✓
- ✓ إعادة النظر في منظومة التنشئة الأكاديمية للسّلك الطبي في الجزائر فأطباء اليوم بحاجة إلى التخلص من عقد الخوف من هذا المرض ومن قصور التكوين الذاتي دوري يتماشى ومستوى التطورات الحاصلة في عالم التدفق في مجال الاكتشاف الطبي العالمي، وتنمية الوعي الصّحي والاجتماعي في أوساطهم؛
- ✓ التنسيق بين الجامعة وكلية الطب في عملية التحسيس للطلبة ومجتمع الجامعة بصفة خاصة؛
- ✓ الصحة المؤسساتية، المعاينة والكشف المبكر بصفة اجبارية دورية في المدارس والجامعات ومؤسسات الوظيف العمومي؛
- ✓ تفعيل دور منظمات المجتمع المدني في مجال المراقبة والمتابعة والتحسيس.
- ✓ على الصعيد الاجتماعي–السياسي؛ مكافحة الظلم الاجتماعي ورفع القهر والحقرة والازدراء ونشر العدالة الاجتماعية وثقافة احترام الإنسان داخل جميع الأنساق الرسمية وغير الرسمية. ومحاربة العنف ضد المرأة تحديدا ورعاية الآباء المسنين من المعوزين.
- ✓ تفعيل المشاركة السياسية للمرأة الجزائرية وتمكينها من المشاركة في صناعة القرارات التي تخدم مصالحها الأساسية وفي مقدمتها تحصين صحتها وصحة أفراد أسرتها ومجتمعها.
- ✓ تنمية مستوى الإيمان الديني في نفوس أفراد المجتمع؛ إذ يعد صمام للأمـان الأقوى أمام التدفق اللا محصور لمسببات ومُجلبات التعاسة من القلق والتوتر والاجهاد والهلع والاحباط الاغتراب وغيرها.

- ✓ الاهتمام بالإعلام الوطني الفكاهي الكوميدي المقصود والمدروس، لما له من فاعلية في تحسين المزاج لدى جمهور المشاهدين. وكذلك تفعيل دور فن المسرح المدرسي الكوميدي للمساعدة على التنشئة السليمة الايجابية للنشء.

توصيات بلقم الدكتورة فضيلو لحمر:

- ✓ فقد أصبح من الضروري أن نحاول العودة إلى النمط المعيشي الأقل سرعة، رغم أن ذلك ليس بالأمر اليسير، إلا أنه يمكن على الأقل محاولة تفادي كل ما من شأنه أن يرفع من الضغط والتوتر في حياتنا اليومية.
- ✓ كما لا يمكن أبدا ترك الأفراد الذين تعرضوا لصدمات شديدة دون تكفل نفسي ومعالجة، فالمشاكل التي تهدد التوازن النفسي للأفراد عديدة، وبالتالي يجب متابعتها في حينها حتى لا تحدث تراكمات قد تكون في المستقبل عاملا مساهما في الإصابة بالأمراض الخبيثة مثل السرطان.

توصيات واقتراحات بقلم الدكتورة هدى سلام والدكتورة حنان تومي:

- ✓ توعية المقبلين على الزواج قبل الشروع في الاقتران أنه مشروع مقدس شرعا والتزام قانونا، وأنه حياة مشتركة في الاتجاهات وتبادل الأدوار رغم اختلاف وجهات النظر بين الشريكين، ومن الضرورة بمكان النظر إلى هذه الحياة المشتركة بعين المسؤولية.
- ✓ الاهتمام أكثر بالصحة النفسية للمرأة المطلقة من خلال حمايتها ومعاملتها على أنها واحد منا وليست وحدها، ونمنحها الأمل لتبدأ حياة جديدة دون عقد من الطلاق.

- ✓ احتواء المرأة المطلقة من طرف أهلها وأقاربها وعدم تخليهم عنها وعدم إدانتها على أنها عديمة المسؤولية الزوجية، وأنها المخطئة بطلاقها يزيد من عزيمتها في تحمل مسؤوليتها.
- ✓ التوعية المستمرة حول نتائج الطلاق وعواقبه على المرأة والأطفال والمجتمع من ندوات علمية أو ملتقيات علمية تحسيسية بخطورة الوضع من شأنه أن يغير من ثقافة المرأة والرجل في اتخاذ مثل هذه القرارات المصيرية.
- ✓ تجاوز التقصير الذي يحدث في حق رعاية النساء المطلقات في مجال الصحة النفسية لأن رعاية المطلقة ليس ماديا فقط، بل هي في حاجة إلى دعم نفسي أكثر منه مادي.
- ✓ ويجب على المجتمع أن يتحمل المسؤولية تجاه صحة المرأة النفسية من أجل إنشاء أجيال سليمة التربية صحيحة التفكير تقدر الأسرة والفرد والمجتمع. وعلى الدول أن تسن القوانين التي تحمي المرأة وتهيء لها التربة الخصبة للعب دورها كأم وزوجة وعضو فعال في المجتمع عازبة أو متزوجة كانت وخاصة إذا كانت مطلقة حاضنة لأطفال.

توصيات بقلم المتمرسة والطالبة روفية زارزي، فيما يتعلق بطب العمل

- ✓ زيادة عدد الأطباء المتخصصون في طب العمل من أجل تغطية الأعداد الهائلة للعمال.
- ✓ توفير الأجهزة التي يحتاج إليها الطبيب من أجا نجاح عملية التكفل وبكميات كافية.

- ✓ إشراك أرباب العمل في عمليات التحسيس الموجهة للعمال خاصة في مجال الأمن والوقاية
- ✓ الحرص على عدم تدخل الإدارة في الأمور التقنية للأطباء.

توصيات بقلم الدكتورة سلمى شيحي وا ناجية دايلي:

إن السبيل الوحيد لإنقاذ هذا الشباب يتحدد من خلال الاستماع إلى شكواهم، ومطالبهم، ومحاولة التعرف على وجهة نظرهم، وتوظيف طاقتهم التوظيف السليم، مع الاعتراف بهم كقوة هائلة بهذا الوطن العزيز، بالتوجيهات السليمة، والإرشادات الواعية التي تمكنهم من التفاعل مع واقعهم وتعودهم على الانغماس الإيجابي في وضع الحلول للمشكلات ببصيرة نافذة ورؤية ثقافية. وننوه ومن خلال نتائج هذه الدراسة إلى أهمية ايجاد حلول ليس للقضاء على البطالة لأنه من غير المعقول تحقق ذلك فهي موجودة حتى في الدول المتقدمة أي هي مشكل عالمي، لكن على الأقل التقليل من نسبتها، من خلال مشاريع تنموية فعلية وجادة، لما للبطالة من انعكاس سلبي على الشباب وعلى المجتمعات التي يعيشون فيها.

وكما تجب الإشارة ومن خلال دراسة هذا الموضوع إلى اقتراح مواضيع نراها مهمة، والتي تنبثق من الموضوع العام التالي: "البطالة كسبب في تدهور الصحة النفسية للشباب البطال، وانعكاس هذا الأمر بظهور ظواهر أو زيادتها وزيادة حدتها منها الهجرة غير شرعية، والعنف.

تم بفضل اللّٰه وبتوفيق منه

سوسولوجية الصحة
في المجتمع الجزائري

سوسولوجية الصحة في المجتمع الجزائري

أ.د. نادية عيشور

ISBN 978-9931-515-49-4

